

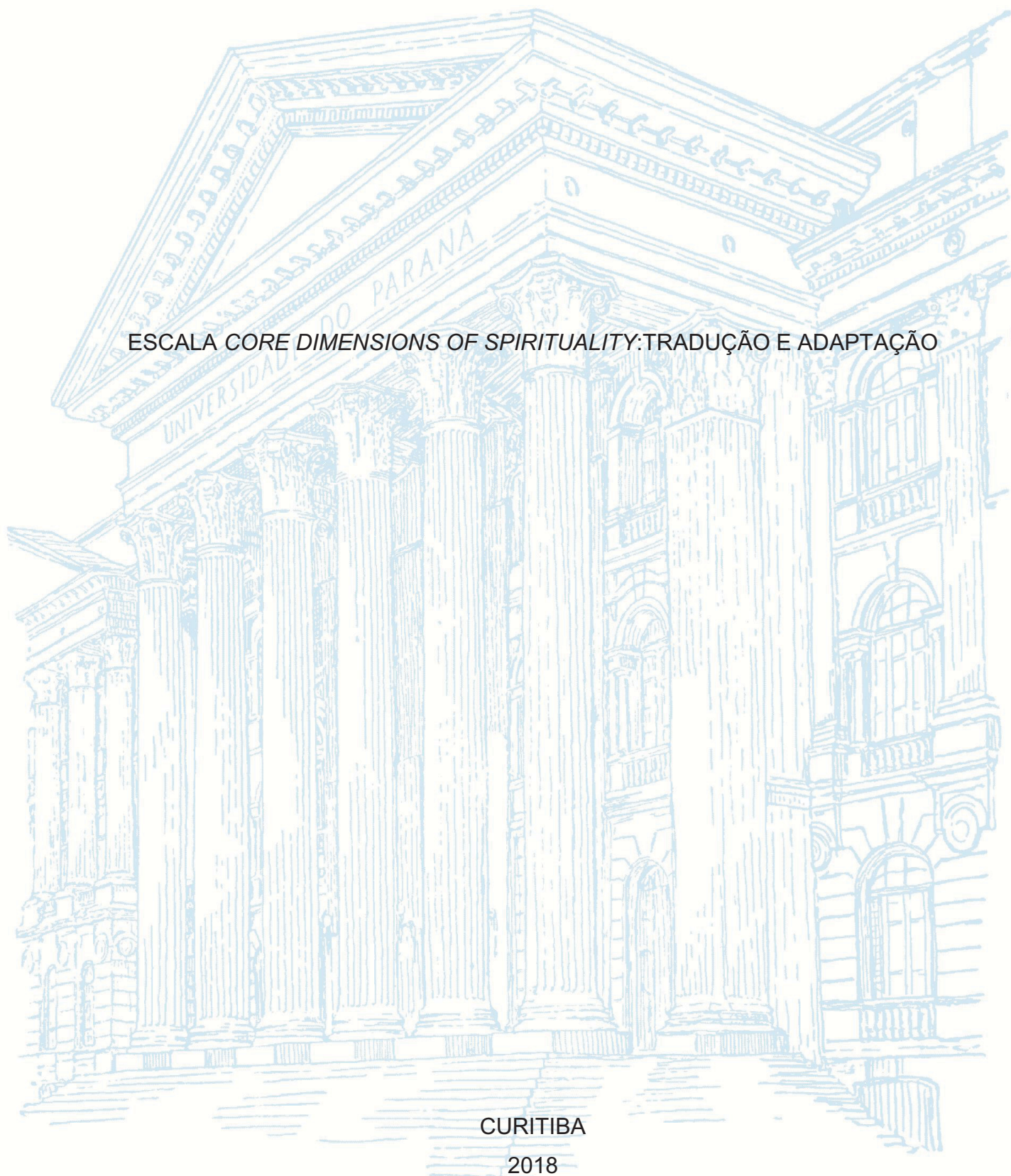
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SAMANTA FORTI

ESCALA CORE DIMENSIONS OF SPIRITUALITY: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO

CURITIBA

2018



SAMANTA FORTI

*ESCALA CORE DIMENSIONS OF SPIRITUALITY*:TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Augusto Serbena

Coorientador: Prof. Dr. Alessandro Antonio Scaduto

CURITIBA

2018

Catálogo na publicação  
Fernanda Emanoëla Nogueira – CRB 9/1607  
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Forti, Samanta  
Escala *Core Dimensions of Spirituality* : tradução e adaptação /  
Samanta Forti. – Curitiba, 2018.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Augusto Serbena  
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da  
Universidade Federal do Paraná.

1. Espiritualidade. 2. Religiosidade. 3. Religião e ciência. 4. *Core dimensions of spirituality* (CDS) - Tradução. I. Título.

CDD – 150



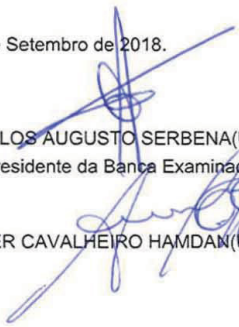
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR CIÊNCIAS HUMANAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA

### TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **SAMANTA FORTI**, intitulada: **ESCALA CORE DIMENSIONS OF SPIRITUALITY: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 27 de Setembro de 2018.

  
CARLOS AUGUSTO SERBENA(UFPR)  
(Presidente da Banca Examinadora)

  
AMER CAVALHEIRO HAMDAN(UFPR)

  
ANA LÚCIA IVATIUK(UNIFAE-)

  
GIANCARLO LUCCHETTI(UFJF)

“Dedico esse trabalho à minha família, aqueles que fizeram e fazem com que tudo seja possível em minha jornada.”

## **AGRADECIMENTOS**

Nenhum trabalho, por menor que seja, é realizado apenas por um, ele contém a contribuição de muitos, a todos aqueles que tornaram esse sonho possível, meus sinceros e profundos votos de agradecimento:

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador Carlos Augusto Serbena, que acreditou em meu trabalho e na minha capacidade e me conduziu para o mundo acadêmico de forma a me proporcionar um crescimento pessoal e profissional;

Agradeço também ao meu coorientador Alessandro Antonio Scaduto, que aceitou o ultimato e levou até o final com dedicação e reponsabilidade nossa proposta. Suas palavras motivadoras foram fundamentais para a conclusão desse ciclo da minha vida.

A todas as instituições que me receberam e permitiram a coleta de dados, a todos aqueles que colaboraram para distribuição e organização dos questionários, aos que responderam a pesquisa e tiveram paciência e seriedade na participação, sem vocês nada disso seria possível.

Agradeço aos colegas da Universidade Federal do Paraná, que me auxiliaram com sua disponibilidade e parceria em diversos momentos desse trabalho e que me fizeram acreditar, ao longo desses anos, que sozinha eu não conseguiria mesmo.

Agradeço as minhas colegas do mundo profissional, que me acolheram em momentos difíceis, que suportaram eu repetir diversas evoluções e dificuldades nessa jornada e que acima de tudo estiveram ao meu lado.

Aos meus pais, que sempre acreditam no meu potencial, que abriram mão, muitas vezes, de seu conforto para me proporcionar uma educação de qualidade, acreditando que isso me traria uma grande evolução, novamente vocês estavam certos.

Ao meu irmão, que desde sempre colaborou para desenvolvimento de minha resiliência e paciência, competências fundamentais para conclusão desse trabalho.

Ao meu parceiro de jornada, que mesmo com minhas ausências, esteve ao meu lado, sempre me cobrindo com palavras doces de motivação e carinho, lembrando-me todo o tempo o quanto a conclusão desse trabalho era um grande feito.



## **Filosofia do Sucesso**

“Se você pensa que é um derrotado,  
você será derrotado.

Se não pensar “quero a qualquer custo!”  
Não conseguirá nada.

Mesmo que você queira vencer,  
mas pensa que não vai conseguir,  
a vitória não sorrirá para você.

Se você fizer as coisas pela metade,  
você será fracassado.

Nós descobrimos neste mundo  
que o sucesso começa pela intenção da gente  
e tudo se determina pelo nosso espírito.

Se você pensa que é um malogrado,  
você se torna como tal.

Se almeja atingir uma posição mais elevada,  
deve, antes de obter a vitória,  
dotar-se da convicção de que  
conseguirá infalivelmente.

A luta pela vida nem sempre é vantajosa  
aos fortes nem aos espertos.  
Mais cedo ou mais tarde, quem cativa a vitória  
é aquele que crê plenamente  
Eu conseguirei!”

(NAPOLEON HILL)

## RESUMO

Apesar da diversidade de práticas religiosas no Brasil e do aumento do interesse de pesquisadores da área de saúde no tema da religiosidade e espiritualidade, existem relativamente poucos instrumentos sobre espiritualidade/religiosidade validados para o contexto brasileiro, os quais medem poucas dimensões e/ou não apresentam extensa descrição de suas propriedades psicométricas. O objetivo deste trabalho é descrever a tradução e adaptação da *Core Dimensions of Spirituality* (CDS) para o contexto brasileiro, bem como sua estrutura fatorial. O instrumento foi descrito por Hardt, Schultz, Xander, Becker e Dragan (2012), partindo do pressuposto de que a espiritualidade é um constructo multidimensional. As etapas da adaptação foram (1) tradução, (2) revisão, (3) retrotradução, (4) estudo piloto com 37 adultos de nível superior incompleto e completo e (5) redação da versão final do instrumento. Em seguida, conduziu-se estudo empírico com uma amostra de 397 adultos, sendo 67% mulheres, solteiros (71,8%), de religião católica (25,9%), participante de alguma atividade religiosa (48,4%), de classe social B2 (40,55%), ensino superior incompleto (58,2%), predominantemente em Psicologia (46,9%) e que consideram extremamente importante a religião/espiritualidade em sua vida (42,6%). Foram usados os seguintes instrumentos: Termo de Consentimento Livre/Esclarecido, Questionário Sociodemográfico, Questionário de Saúde Geral (QSG-12) e a Escala de Dimensões-chave da Espiritualidade. A análise fatorial exploratória com rotação ortogonal *Varimax* mostrou uma solução em quatro fatores; entretanto, devido à baixa comunalidade e/ou comunalidades igual a itens com o mesmo conteúdo semântico, optou-se pela retirada de seis itens. Em seguida, uma nova análise fatorial foi realizada com a escala de 14 itens. Nessa versão do instrumento, o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,85 para a escala total, indicando excelente consistência interna dos itens. Uma solução de quatro fatores ainda foi a que apresentou melhor ajuste, em conformidade com o instrumento original, explicando 71,91% da variância; contudo, os itens de uma das dimensões previstas apresentaram baixa consistência interna, com itens carregando em outros fatores que não os previstos. Os resultados desse estudo fornecem evidências de que a DCE apresenta boa consistência interna, além de ser de fácil aplicação, podendo ser utilizado por profissionais na área da saúde. Contudo, outros estudos são



necessários para estimar as fontes adicionais de validade do instrumento, ainda que os resultados iniciais deem suporte a sua adoção.

Palavras-chave: Espiritualidade. Religiosidade. Tradução. Adaptação.

## ABSTRACT

Despite the diversity of religious practices in Brazil and the increasing interest of health researchers in the subject of religiosity and spirituality, there are relatively few instruments on spirituality/religiosity validated for the Brazilian context, which measure few dimensions and/or do not present extensive description of their psychometric properties. The purpose of this paper is to describe the translation and adaptation of the Core Dimensions of Spirituality (CDS) to the Brazilian context, as well as its factorial structure. The instrument was described by Hardt, Schultz, Xander, Becker and Dragan (2012), based on the assumption that spirituality is a multidimensional construct. The adaptation stages were (1) translation, (2) revision, (3) back-translation, (4) pilot study with 37 adults with incomplete and complete upper-level graduation, and (5) writing of the final version of the instrument. The empirical study was conducted with a sample composed of 397 adults, 67% of whom were woman, singles (71.8%), of Catholic religion (25.9%), who participated in some religious activity (48.4%), of social class B2 (40.55%), incomplete higher education (58.2%), predominantly in Psychology (46.9%) and who considered the religion/spirituality extremely important in their life (42.6%). The following instruments were used: Free/Informed Consent Form, Sociodemographic Questionnaire, General Health Questionnaire (GHQ-12) and the Key Dimension Scale of Spirituality. The exploratory factorial analysis with orthogonal rotation Varimax showed a solution in four factors; however, due to the low commonality and/or communalities equal to items with the same semantic content, we opted for the withdrawal of six items. Then, a new factorial analysis was performed with the 14-item scale. In this version of the instrument, Cronbach's alpha coefficient was 0.85 for the total scale, indicating excellent internal consistency of the items. A solution of four factors was still the one that presented the best fit, according to the original instrument, explaining 71.91% of the variance; however, items of one of the predicted dimensions had low internal consistency, with items carrying on other factors than those predicted. The results of this study provide evidence that ECD has good internal consistency and is easy to apply and can be used by health professionals. However, other studies are needed to estimate the additional sources of validity of the instrument, although the initial results support its adoption.

Keywords: spirituality; religiosity; translation; adaptation.

## LISTA DE FIGURAS

### CAPÍTULO II

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DE BUSCA E SELEÇÃO DE ARTIGOS NAS BASES DE DADOS CAPES, SCIELO, DOAJ, PUBMED, WEB OF SCIENCE E LILACS .....	26
---	----

### CAPÍTULO III

FIGURA 1 – ETAPAS DE ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE DIMENSÕES-CHAVE DA ESPIRITUALIDADE (DCE) .....	27
FIGURA 2 – <i>SCREE PLOT</i> PARA OS AUTOVALORES (EIGENVALUES) OBTIDOS NA ANÁLISE POR COMPONENTES ...	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

## LISTA DE TABELAS

### CAPÍTULO II

TABELA 1 – TRABALHOS ENCONTRADOS COM AS PALAVRAS-CHAVE USADAS NO PRESENTE ESTUDO, POR BASE DE DADOS, ENTRE 2000 A 2017 .....	27
TABELA 2 – ESCALAS DE ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE PARA A CULTURA BRASILEIRA, DESCRITAS NA LITERATURA ENTRE 2000 A 2017. BASE DE DADOS CONSULTADAS: CAPES, DOAJ, LILACS, PUBMED, SCIELO E WEB OF SCIENCE ..... <b>Erro! Indicador não definido.</b>	

### CAPÍTULO III

**Nenhuma entrada de índice de ilustrações foi encontrada.**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>16</b>
1.1	INTRODUÇÃO GERAL .....	16
1.2	OBJETIVOS .....	18
1.2.1	Objetivo geral .....	18
1.2.2	Objetivos específicos.....	18
1.3	METODOLOGIA.....	18
<b>2</b>	<b>CAPÍTULO II - MENSURAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE EM SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA .....</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO III - ESCALA DE DIMENSÕES-CHAVE DE ESPIRITUALIDADE (DCE): ADAPTAÇÃO BRASILEIRA DA CORE DIMENSIONS OF SPIRITUALITY</b>	<b>43</b>
<b>4</b>	<b>CAPÍTULO IV - CONCLUSÃO GERAL .....</b>	<b>ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>67</b>
	<b>ANEXO 1 – NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA.....</b>	<b>74</b>
	<b>ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO ORIGINAL: <i>CORE DIMENSIONS OF SPIRITUALITY</i> .....</b>	<b>74</b>
	<b>ANEXO 3 – CONCESSÃO DOS AUTORES PARA USO DO QUESTIONÁRIO <i>CORE DIMENSIONS OF SPIRITUALITY</i> .....</b>	<b>74</b>
	<b>ANEXO 4 – MATERIAL APLICADO À AMOSTRA .....</b>	<b>74</b>
	<b>ANEXO 5 – NORMAS DA REVISTA PSIQUIATRIA CLÍNICA.....</b>	<b>74</b>

## 1 CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUÇÃO GERAL

A atenção ao aspecto da espiritualidade e religiosidade se torna cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde, atualmente os estudos nessa área buscam testar e avaliar como crenças e comportamentos religiosos se relacionam ou interferem na saúde (Stroppa e Moreira-Almeida, 2008).

Desde 1999, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a compreender a qualidade de vida como multidimensional, sendo elas as dimensões física, psíquica, social e espiritual (WHO, 1999). No campo da saúde, a Associação Mundial de Psiquiatria, afirma que a religiosidade/espiritualidade possui implicações significativas para prevalência, diagnóstico, tratamento, desfechos clínicos e prevenção de doenças (Moreira-Almeida et al., 2016).

Stroppa e Moreira-Almeida (2008), explicam que há diversos fatores nos quais a espiritualidade e religiosidade podem interferir na saúde de um indivíduo e/ou comunidade, entre eles estão o estilo de vida, suporte social, sistema de crenças, formas de expressar o estresse, direção e orientação espiritual. Referem ainda que os maiores níveis de envolvimento religioso/espiritual estão associados positivamente com indicadores de bem-estar psicológico, ou seja, satisfação com a vida, felicidade, elevado afeto positivo e moral, melhor saúde física e mental.

Visto a importância da espiritualidade/religiosidade na saúde, Zangari e Machado (2018), explicam que cabe a psicologia, como ciência da subjetividade e do comportamento humano, o estudo da espiritualidade/religiosidade como aspecto fundamental da constituição da subjetividade para diferentes indivíduos em diferentes comunidades. Os autores ainda afirmam que isso não quer dizer que a psicologia apoie ou negue aquilo que dizem as religiões sobre a existência de uma realidade sobrenatural, apenas que a religiosidade enquanto expressão humana é tão importante como objeto de estudo quanto a sexualidade e a sociabilidade, dentre outras. Nesse sentido, a área da psicologia responsável por esse estudo denomina-se como Psicologia da Religião, que estuda o comportamento religioso, as crenças e os símbolos religiosos, as experiências místico-religiosas e os processos psicológicos e sociais relacionados à religiosidade e à espiritualidade.



As definições dos termos religiosidade e espiritualidade geram debates e divergências, sendo assim desde o início do século XX já foram identificadas dezenas de definições (Stroppa e Moreira-Almeida, 2008). Apesar dos termos não serem incompatíveis, e a tendência em polarizá-los torna-se pouco proveitoso para a pesquisa científica (Hill et al., 2000), ainda assim, para a melhor compreensão do presente trabalho faz-se necessário ao menos uma elucidação dos termos.

Lucchetti et al. (2011) explicam que o termo espiritualidade está ligado à uma busca pessoal de compreensão das questões da existência humana, como o sentido da vida e relações com o sagrado/ transcendente. Hill et al. (2003) complementam tal conceito compreendendo que a espiritualidade é o “coração e alma” da religião, podendo ser expressa fora, por exemplo, na fé pessoal e por aqueles que não são formalmente religiosos.

A religiosidade pode ser compreendida como adesão as práticas religiosas, com um sistema de adoração e uma doutrina partilhada com um grupo, podendo ser ligada à participações em cultos em organizações religiosas, ou apenas rezar, ler livros e assistir programas religiosos, ou seja, não participações em organizações religiosas (Lucchetti et al., 2011; Panzini et al., 2007; Zangari et al., 2018).

Visto a grande importância da religiosidade e espiritualidade na área da saúde, foram desenvolvidas instrumentos de medida para aferição de tais fenômenos, entretanto a maior dificuldade dos pesquisadores recaem na correta aferição, por meio de instrumentos confiáveis e válidos para o contexto brasileiro (Esperandio et al., 2017; Lucchetti et al., 2013).

O presente trabalho tem por objetivo traduzir, adaptar e avaliar a estrutura fatorial da escala estrangeira *Core Dimensions of Spirituality* (Hardt, Schultz, Xander, Becker, & Dragan, 2012). A escolha de tal instrumento não ocorreu de forma arbitrária, uma vez que ele apresenta a espiritualidade e religiosidade como fatores multidimensionais, divididos em quatro fatores que compreendem a segurança em si mesmo, a crença em Deus, busca de um sentido e consciência plena, fatores que compreendem tanto os conceitos de espiritualidade e religiosidade, podendo tais fenômenos serem aferidos no mesmo instrumento de medida.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Traduzir e adaptar a escala de espiritualidade/religiosidade *Core Dimensions of Spirituality* (Hardt, Schultz, Xander, Becker, & Dragan, 2012) para uso no Brasil.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- 1) Traduzir a escala *Core Dimensions of Spirituality* para o português;
- 2) Adaptá-la à cultura brasileira;
- 3) Descrever a estrutura fatorial da escala.

## 1.3 METODOLOGIA

O presente trabalho está estruturado segundo o modelo denominado escandinavo com capítulos sendo no formato de artigos, devido a isto os artigos são alocados de forma completa com sua própria estrutura de introdução, métodos, objetivo e resultados, incluindo referências e anexos e nas normas da revista/periódicos no qual o artigo foi ou será submetido. Entretanto todas as referências utilizadas na totalidade deste trabalho estão no capítulo V referências seguindo as normas da APA.

Inicialmente realizou-se uma revisão sistemática sobre saúde e espiritualidade/religiosidade, como foco em instrumentos para sua mensuração. Buscou-se por trabalhos com as palavras-chave “escalas espiritualidade/religiosidade” e “escalas espiritualidade/religiosidade e saúde” nas bases de dados CAPES, DOAJ, LILACS, PUBMED, SCIELO e WEB OF SCIENCE, entre 2000 a 2017. Esta etapa encontra-se descrita no capítulo II “Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática”. Este foi aceito pela revista *Ciência e Saúde Coletiva* e suas normas estão em anexo I.

Após a revisão sistemática, finalizada no início de 2018, procedeu-se a adaptação do *Core Dimensions of Spirituality* (CDS), cujo instrumento original encontra-se em anexo II e em anexo III encontra-se a concessão dos autores para o uso do questionário. O instrumento foi desenvolvido por Hardt, Schultz, Xander,

Becker e Dragan (2012), partindo do pressuposto de que a espiritualidade é um constructo multidimensional. A adaptação foi conforme procedimentos descritos por Pacico (2015) e Hungerbuhler e Wang (2016). De forma geral as etapas foram: (1) tradução dos itens por juízes; (2) compilação das traduções em uma versão preliminar do instrumento; (3) comparação da versão preliminar com o instrumento original; (4) grupo focal de discussão da adaptação dos itens ao objetivo do instrumento; (5) retro-tradução; (6) comparação com versão original do instrumento e; (7) aplicação à amostra-alvo do estudo empírico.

O estudo empírico foi conduzido com uma amostra composta por 397 adultos residentes em Curitiba-PR, sendo 67% mulheres, solteiros (71,8%), de religião católica (25,9%), participante de alguma atividade religiosa (48,4%), de classe social B2 (40,55%), ensino superior incompleto (58,2%) em Psicologia (46,9%) e que consideram extremamente importante a religião/espiritualidade em sua vida (42,6%), no anexo IV encontra-se o material aplicado para a coleta de dados e conta com o questionário sociodemográfico, perguntas referentes à religião/espiritualidade, Questionário de Saúde Geral (QSG-12) e o questionário de Dimensões Essenciais da Espiritualidade.

As etapas estão descritas no capítulo III “Escala de Dimensões-Chave de Espiritualidade (DCE): Adaptação Brasileira da *Core Dimensions of Spirituality*”, que além de descrever a adaptação do instrumento para o contexto brasileiro, apresenta a análise da estrutura fatorial e discussão sobre sua elaboração. No anexo I desse artigo encontra-se a escala em sua versão final, após realizada eliminação de itens. Este artigo será submetido à revista *Psiquiatria Clínica* cujas normas estão no anexo V.

A integração dos dados e sua discussão foram realizadas a partir dos resultados obtidos seguindo os temas da espiritualidade/religiosidade, impactos na saúde, adaptação na área da psicologia e limitações do instrumento adaptado, e se apresentam na conclusão geral do trabalho, evidenciando as principais conclusões elucidadas. Ela é descrita no capítulo IV “Conclusão Geral”.

## 2 CAPÍTULO II

### MENSURAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE EM SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

### SPIRITUALITY / RELIGIOUSITY MEASUREMENT AND HEALTH IN BRAZIL: A SYSTEMATIC REVIEW

#### **Resumo**

A espiritualidade/religiosidade tem sido apontada como uma importante dimensão para a área da saúde. O objetivo desse estudo é apresentar uma revisão sistemática sobre saúde e espiritualidade/religiosidade, como foco em instrumentos para sua mensuração. Buscou-se por trabalhos com as palavras-chave “escalas espiritualidade/religiosidade” e “escalas espiritualidade/religiosidade e saúde” nas bases de dados CAPES, DOAJ, LILACS, PUBMED, SCIELO e WEB OF SCIENCE, entre 2000 a 2017. Foram encontrados 500 trabalhos dos quais 35 foram selecionados, adotando critérios de originalidade, disponibilidade, língua (Espanhol, Inglês ou Português) e descrição de escalas específicas de espiritualidade/religiosidade adaptadas para o contexto brasileiro. Dessa amostra foram encontrados 16 instrumentos de mensuração. Os três instrumentos com mais estudos foram o WHOQOL-100 (incluindo sua versão reduzida e o módulo SRPB), a Escala de Bem-estar Espiritual (EBE) e a Escala de *Coping* Religioso/Espiritual (CRE) e sua versão abreviada (CRE-Breve). Pode-se concluir que ainda há escassos estudos na área, apesar de haver muitos instrumentos de mensuração, há poucos estudos continuados de validação para o contexto brasileiro.

**Palavras-chaves:** espiritualidade; saúde; escalas; revisão de literatura.

**Abstract**

Spirituality/religiousness has been regarded as an important dimension for health studies and services. The present study consists of a systematic review on health and spirituality/religiousness, specifically, instruments for its measurement. In order to do so, we searched for papers using the keywords “scales spirituality religiousness” and “scales spirituality religiousness and health” in CAPES, DOAJ, LILACS, PUBMED, SCIELO and WEB OF SCIENCE, from 2000 to 2017. The search returned 500 studies, from which 35 were selected, considering their originality, availability, language (English or Portuguese), and description of scales for measuring spirituality/religiousness and adapted for the Brazilian culture. From such papers, 16 instruments were identified; the instruments with most studies were the WHOQOL-100 (as well as its reduced version and the SRPB module), the Spiritual Well-Being Scale and the RCOPE scale. We conclude that studies on this field are scarce, for, although many instruments are described, the continuity of their validation is poor.

**Keywords:** Spirituality; health; scales; systematic review.

## INTRODUÇÃO

Apesar de, no contexto brasileiro atual, se observar diversos debates acerca de temas que envolvem religiosidade e espiritualidade, apenas mais recentemente houve um crescimento no número de estudos sobre a religiosidade/espiritualidade e suas implicações na saúde física e mental dos indivíduos<sup>1,2</sup>.

Embora relacionados entre si, tais conceitos são distintos, e ainda sem consenso no campo da Psicologia. Apesar disso, os estudos sobre esse tema estão relacionados à história da Psicologia da Religião brasileira<sup>3</sup>. No presente trabalho, discute-se a produção científica relativa à mensuração da religiosidade/espiritualidade e sua relação com a área de saúde, tema que, segundo Esperandio et al.<sup>4</sup>, vem ganhando destaque no Brasil nos últimos anos, por meio de estudos empíricos quantitativos.

O conceito de espiritualidade apresenta ao menos dois pontos de vista<sup>5</sup>. No primeiro deles, a espiritualidade é entendida como uma busca pelo significado da vida e o relacionamento com o sagrado/transcendente. Sob um segundo ponto de vista, a espiritualidade se refere a manifestações humanas que buscam a superação de si, ou de obstáculos, no qual não há necessariamente uma ligação com o sagrado.

Para Lucchetti et al.<sup>6</sup>, a espiritualidade é uma busca pessoal de compreensão das questões existenciais humanas, como o sentido da vida, e da morte, bem como de suas relações com o sagrado/transcendente, sendo que esse processo não está necessariamente relacionado com práticas religiosas. Por fim, Hill et al.<sup>7</sup> afirmam que a espiritualidade pode ser compreendida como o “coração e alma” da religião, podendo ser expressa fora, por exemplo, na fé pessoal e por aqueles que não são formalmente religiosos.

Já a religiosidade pode ser compreendida como a adesão a práticas, que o indivíduo acredita e segue, como por exemplo, participação em templo religioso, leitura de livros religiosos e rezas<sup>6</sup>. Para Panzini et al.<sup>8</sup>, a religiosidade se refere à ligação com um sistema de adoração e uma doutrina partilhada com um grupo.

Zangari et al.<sup>9</sup> explicam que a religião pode ser compreendida como instituição, organizações com discursos e práticas sobre uma realidade transcendente. A religiosidade seria a forma como cada sujeito experiencia a religião e espiritualidade está relacionado ao sentido que se percebe ou que é atribuído à



vida. Nesse ponto de vista a espiritualidade pode ter uma relação com a religiosidade ou isso pode não ocorrer.

Os termos religiosidade e espiritualidade, no presente estudo serão tomados a partir de sua utilização como constructos nos instrumentos que se propõem avaliar tais constructos. Cabe lembrar que os mesmos não são incompatíveis, e a tendência em polarizá-los torna-se pouco proveitoso para a pesquisa científica<sup>10</sup>.

### **Espiritualidade/religiosidade e saúde**

Em 1999, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a descrever a qualidade de vida como multidimensional, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual<sup>11</sup>. A Associação Mundial de Psiquiatria (WPA) afirma que, no campo da saúde, a religiosidade/espiritualidade possui implicações significativas para prevalência, diagnóstico, tratamento, desfechos clínicos e prevenção de doenças<sup>12</sup>.

De modo geral, os profissionais da área da saúde reconhecem o potencial da religiosidade para saúde e bem-estar, não sendo mais possível estudar religiosidade sem relacioná-la à espiritualidade, compreendida como a dimensão do que dá sentido à vida<sup>9</sup>. Atualmente, as pesquisas estão voltadas para o entendimento de processos específicos como o *coping* religioso, o apego, a tendência humana de buscar razões por trás de uma experiência, entre outros<sup>9</sup>.

Na mesma direção, diversos trabalhos têm demonstrado que a espiritualidade/religiosidade permite uma elaboração subjetiva e a atribuição de um sentido à vida, que levam a um aumento da motivação para o enfrentamento e superação de crises<sup>13</sup>.

Alguns autores<sup>1,2</sup> apontam que indivíduos com maior religiosidade/espiritualidade referem melhor bem-estar geral, menores índices de depressão e ansiedade e, menor prevalência no uso e abuso de substâncias psicoativas e comportamento suicida. Ainda, Lucchetti et al.<sup>6</sup> referem que há uma relação entre crenças, práticas religiosas e saúde física, no qual indivíduos com maior espiritualidade/religiosidade apresentam menor prevalência de doenças coronarianas, hipertensão, menos níveis de pressão arterial, menor prevalência de doenças infecciosas, menores complicações no período pós-operatório e menor índice de mortalidade.

Diante de tais constatações, há um interesse crescente de pesquisadores e profissionais de saúde em compreender melhor tais fenômenos. Entretanto, o maior

desafio que se encontra é a correta aferição da religiosidade/espiritualidade por meio de instrumentos confiáveis e válidos no contexto brasileiro<sup>4,14</sup>. As principais críticas a tais instrumentos recaem sob a medição incompleta, ou segmentada, dos aspectos da espiritualidade e religiosidade, além da escassez de estudos sobre suas propriedades psicométricas<sup>2,4,14</sup>.

Esforços anteriores nessa direção<sup>15</sup> referem a existência de mais de 3000 estudos que relacionam religiosidade/espiritualidade e saúde, listando 20 instrumentos utilizados na pesquisa em saúde no Brasil e descrevendo os sete mais utilizados. Os mesmos autores reforçam que é necessário expandir os estudos para se compreender a diversidade cultural e geográfica do país.

Visto isso, e o fato de o Brasil apresentar-se como um país religioso e heterogêneo, é importante que se proceda com a validação de instrumentos multidimensionais para uso em pesquisa e intervenção no país<sup>4,14,16</sup>.

Neste artigo, são revisados estudos científicos sobre a avaliação da espiritualidade/religiosidade constantes em bases de dados nacionais e internacionais, referentes ao panorama nacional, com o objetivo de avaliar o estado da arte dos instrumentos de mensuração de espiritualidade/religiosidade e suas relações com a saúde.

## **MÉTODO**

O presente estudo consiste numa revisão sistemática, definida como o estudo de forma organizada, da maior quantidade de resultados de pesquisas sobre um tema, buscando explicar as diferenças encontradas ao longo das mesmas<sup>17</sup>. Na primeira fase do estudo, realizou-se uma busca nas bases de dados CAPES, DOAJ, LILACS, PUBMED, SCIELO e WEB OF SCIENCE, com os termos “escalas espiritualidade/religiosidade e saúde” e “escalas espiritualidade/religiosidade”. O intervalo de tempo estabelecido foi com fim em 2017 e sem data de início; ao final da pesquisa, observou-se que os estudos identificados foram publicados entre 2000 e 2017.

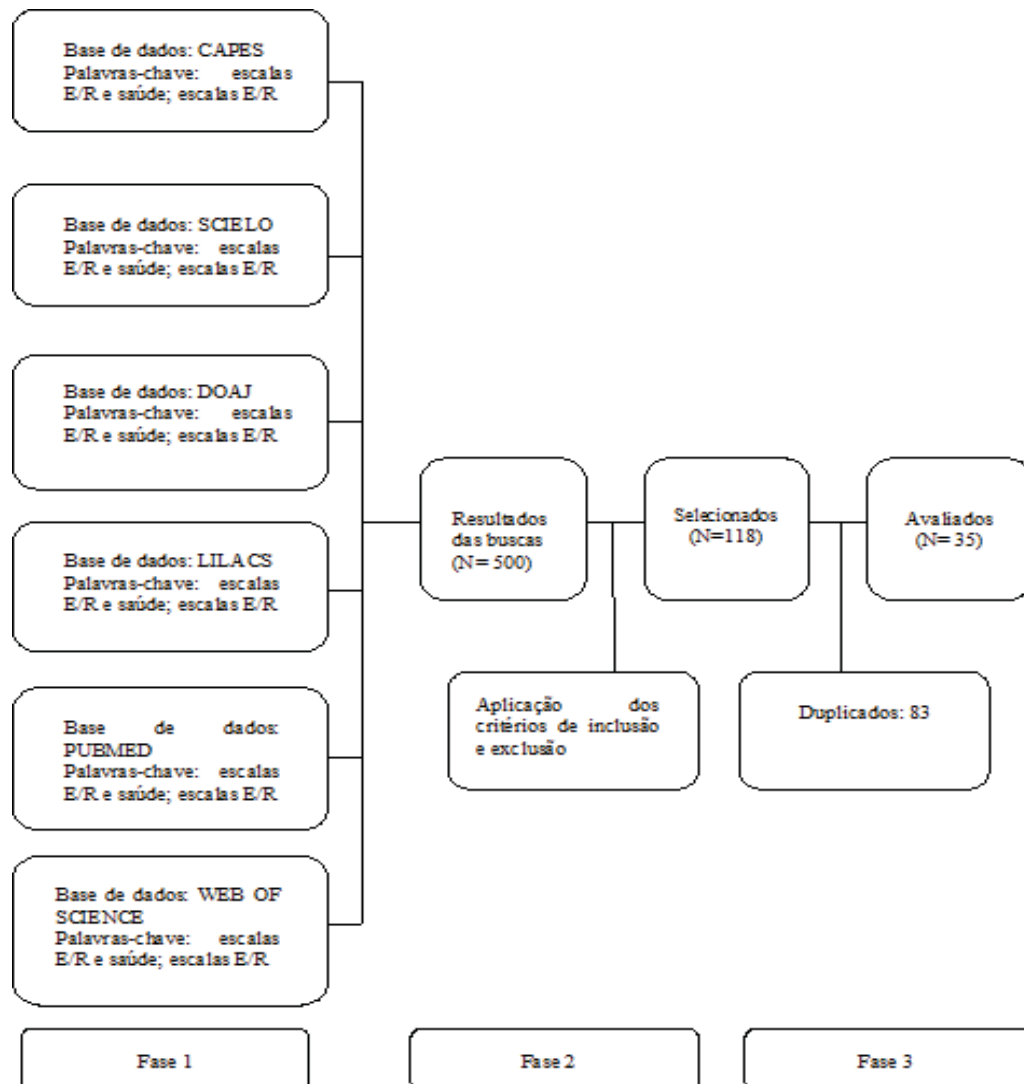
Para a segunda fase, os trabalhos foram selecionados utilizando os seguintes critérios: ser um artigo original, estar disponível em formato completo, ter sido publicado em inglês, português ou espanhol, e descrever escalas específicas de espiritualidade/religiosidade adaptadas para o contexto brasileiro. Foram

excluídos artigos de revisão bibliográfica que apenas citassem tais escalas e artigos duplicados.

Na fase seguinte, realizou-se a leitura e análise dos artigos, a fim de listar os instrumentos utilizados, autoria do artigo, ano de publicação e propriedades psicométricas. Nesta fase, foram identificados três instrumentos mais frequentemente utilizados; os mesmos são descritos a seguir, com ênfase em seu histórico e dados sobre sua construção e objetivo.

A Figura 1 descreve as estratégias utilizadas para a busca nas bases de dados referidas, bem como o número de artigos encontrados e incluídos na presente revisão.

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DE BUSCA E SELEÇÃO DE ARTIGOS NAS BASES DE DADOS CAPES, SCIELO, DOAJ, PUBMED, WEB OF SCIENCE E LILACS.



## RESULTADOS

A Tabela 1 mostra os dados sobre os trabalhos encontrados em cada base de dados consultada. No total, foram obtidos 500 trabalhos com as palavras-chave utilizadas. Desses, 382 foram descartados após aplicação dos critérios anteriormente descritos e 83 trabalhos foram descartados por duplicidade. Sendo assim, foram avaliados 35 trabalhos, descrevendo o uso de 16 instrumentos de mensuração de espiritualidade/religiosidade, por sua vez apresentados na Tabela 2.

TABELA 1 – TRABALHOS ENCONTRADOS COM AS PALAVRAS-CHAVE USADAS NO PRESENTE ESTUDO, POR BASE DE DADOS, ENTRE 2000 A 2017.

Palavras-chaves	CAPES		DOAJ		LILACS		PUBMED		SCIELO		WEB OF SCIENCE	
	Tot al	Avalia do	Tot al	Avalia do	Tot al	Avalia do	Tot al	Avalia do	Tot al	Avalia do	Tot al	Avalia do
Escalas de E/R e saúde	6	0	8	0	0	0	2	2	1	0	62	7
Escalas de E/R	9	8	5	0	4	4	2	0	2	1	28	3
Total	5	8	3	0	4	4	4	2	3	1	90	0

Os instrumentos encontrados nos artigos e o total de trabalhos sobre os mesmos foram: *Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality* (BMMRS) (um); *Daily Spiritual Experience Scale* (DSES) (dois); Escala de Atitude Religiosa/Espiritualidade (um); Escala de Avaliação do Bem-estar Espiritual (SWBS)/Escala de Bem-estar Espiritual (EBE) (cinco); Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Abreviada (CRE-Breve)/Escala de *Coping* Religioso/Espiritual (CRE) (quatro); Escala de Orientações Religiosas (um); *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being* FACIT-SP (um); Índice de Religiosidade de Duke (DUREL)/P-DUREL (quatro); Inventário de Religiosidade Intrínseca (um); Perspectiva Espiritual de Reed (um); *Private and Social Religious Practice Scale* (dois); Escala de Religiosidade de Francis (um); *Self-rating Scale for Spirituality* (SSRS) (três); *Treatment Spirituality / Religiosity Scale* (TSRS-Br) (um) e WHOQOL-100/WHOQOL-bref e módulo *Religiousness and Personal Beliefs* (SRPB) (doze). Desses, três instrumentos não foram validados para o contexto brasileiro (Religiosidade de Francis, Perspectiva Espiritual de Reed e *Private and Social Religious Practice Scale*). Devido a isso, tais instrumentos não serão considerados no presente estudo.

A partir dos dados acima, foi construída a Tabela 2, na qual são listadas informações sobre as escalas encontradas e seu nível de homogeneidade interna, mais especificamente o alfa de Cronbach. Este consiste no índice mais utilizado para avaliação da homogeneidade dos itens de uma escala, permitindo aferir sua fidedignidade<sup>19</sup>. São considerados os seguintes critérios de qualidade dos itens, de

acordo com os valores desse coeficiente: (1) excelente (>0,90), (2) bom (>0,80); (3) aceitável (>0,70) e (4) questionável (>0,60)<sup>19</sup>.

TABELA 2 – Escalas de espiritualidade/religiosidade para a cultura brasileira, descritas na literatura entre 2000 a 2017. Base de dados consultadas: CAPES, DOAJ, LILACS, PUBMED, SCIELO e WEB OF SCIENCE.

Escalas	Ano	Autores	Alfa de Cronbach
<i>Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality (BMMRS)</i>	2015	Curcio, Lucchetti, Moreira-Almeida <sup>15</sup>	> 0,70
<i>Daily Spiritual Experience Scale (DSES)</i>	2014	Sánchez, Sierra e Zárate <sup>43</sup> Kimura et al. <sup>34*</sup>	0,91**
Escala de Atitude Religiosa/Espiritualidade, de Aquino	2009	Aquino, et al. <sup>44</sup> Aquino <sup>35*</sup>	0,91**
Escala de Bem-estar espiritual (SWBS)	2015	Miranda, Lanna e Felipe <sup>45</sup> Marques et al. <sup>23*</sup>	0,92**
Escala de Coping Religioso-Espiritual (CRE)	2016	Silva <sup>46</sup> Panzini <sup>32*</sup>	0,97**
Escala de Orientações Religiosas	2017	Rodríguez-Rad e Ramos-Hidalgo <sup>47</sup> Ferreira <sup>36*</sup>	0,81**
<i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-SP)</i>	2014	Sánchez, Sierra e Zárate <sup>43</sup> Lucchetti et al. <sup>37*</sup>	0,89**
Índice de Religiosidade de Duke (DUREL)	2012	Taunay et al. <sup>38</sup>	> 0,80
Inventário de Religiosidade Intrínseca	2012	Taunay et al. <sup>39*</sup>	0,96**
<i>Self-rating Scale for Spirituality (SSRS)</i>	2015	Moreira, Marques, Salomé, Cunha e Pinheiro <sup>48</sup> Gonçalves et al. <sup>40*</sup>	0,83**
<i>Treatment Spirituality / Religiosity Scale (TSRS-Br)</i>	2016	Gonçalves, Santos, Chaves e Pillon <sup>41*</sup>	0,85**
WHOQOL-SRPB	2015	Magalhães, Carvalho, Andrade, Pinheiro e Studart <sup>49</sup>	0,96**



\*Autores responsáveis pela validação do instrumento para contexto brasileiro.

\*\*Informações retiradas dos artigos originais de validação do instrumento.

Foram avaliados 31 artigos e quatro dissertações de mestrado. As revistas com maior número de publicações foram a *Journal of Coloproctology* (Rio de Janeiro), *Psicologia: Ciência e Profissão*, *Revista de Psiquiatria Clínica e Ciência e Saúde Coletiva*, com duas publicações em cada uma. As publicações dos trabalhos avaliados vão de 2002 a 2017, sendo que o maior número de publicações ocorreu em 2011, 2013, (quatro em cada ano), 2015 (cinco em cada ano) e 2016 (quatro trabalhos em cada ano). Os trabalhos selecionados, são na sua maioria, publicados em língua portuguesa (19 trabalhos), havendo 12 publicações em inglês e duas em espanhol.

Dos trabalhos analisados, sete são de validações de instrumentos que medem a espiritualidade/religiosidade. Os demais apresentam temas relacionados à espiritualidade e religiosidade com outros aspectos como a qualidade de vida, influência da espiritualidade/religião no enfrentamento de doenças, saúde mental, esperança, depressão, sentido de vida, autoestima, crenças pessoais e morte. Dos instrumentos de mensuração que foram analisados nos artigos, nove medem a espiritualidade, seis a religiosidade, seis a religiosidade/espiritualidade e dois o enfrentamento religioso/espiritual.

O instrumento de mensuração mais utilizado foi o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100), em suas versões completa, reduzida (WHOQOL-Bref) e o módulo WHOQOL-SRPB, que apareceram 12 vezes; a Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE), usada em seis trabalhos e a Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE), em suas versões completa e reduzida, usadas em dois trabalhos cada.

A seguir, as escalas citadas no parágrafo anterior serão descritas com mais detalhes. Para fins didáticos, o WHOQOL-100 foi agrupado com sua versão reduzida (WHOQOL-bref) e com o módulo de Módulo de Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (WHOQOL-SRPB). O mesmo foi feito para a Escala de *Coping* Religioso/Espiritual (CRE), agrupada com sua versão reduzida, a CRE-Breve. Devido às escalas restantes terem sido objeto de apenas uma publicação cada, as mesmas serão abordadas em conjunto num último parágrafo.

O instrumento mais utilizado para medida da espiritualidade/religiosidade na área da saúde é o *World Health Organization-Quality of Life* (WHOQOL-100), tendo sido encontrado em 12 dos 35 artigos incluídos para análise. Esse instrumento foi utilizado de forma completa em dois trabalhos analisados; em outros estudos, foram utilizadas apenas algumas de suas subescalas.

O WHOQOL-100 foi desenvolvido por um grupo de especialistas de diversas partes do mundo, reunidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com objetivo de medir a qualidade de vida; até 2000, já havia sido adaptada para mais de 20 idiomas. O instrumento possui 100 perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais<sup>18</sup>.

A versão em português do instrumento foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, seguindo como método a tradução do instrumento e discussão em grupos focais da versão em português, com objetivo de revisar a formulação e compreensão das 100 perguntas, discutir como essas questões afetam a qualidade de vida de cada sujeito e investigar a possibilidade de outras questões não existentes no questionário, que poderiam ser importantes para o contexto brasileiro. Para tanto, foram realizados grupos focais com pacientes ambulatoriais, pacientes internados, profissionais da área da saúde e pessoas da população geral, todos compostos por sete sujeitos<sup>20</sup>. Após a realização dos grupos focais, foram realizadas mudanças no vocabulário e os autores concluíram que a simplicidade do vocábulo e da estrutura da formulação das questões facilitam a leitura mesmo por pessoas com nível educacional baixo, uma condição para a validade desse instrumento para o contexto brasileiro<sup>20</sup>.

Apesar disso, a necessidade de instrumentos mais curtos, mas com os mesmos parâmetros psicométricos fez com que o Grupo da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref, com 26 questões, composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente<sup>20</sup>. Apesar de a versão breve não conter os domínios “nível de independência” e “espiritualidade”, há um item no domínio psicológico onde a espiritualidade é alocada. Posteriormente, a fim de preencher essa lacuna, o Grupo da OMS desenvolveu o Módulo de Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (WHOQOL-SRPB)<sup>8</sup>. Em nota sobre o significado do WHOQOL-SRPB,

Fleck et al.<sup>21</sup> explicam que tal instrumento foi desenvolvido para avaliar como a espiritualidade, religião e crenças pessoais estão relacionadas com a qualidade de vida. Defendem que tais constructos foram incluídos devido a declarações de pacientes, profissionais da saúde e pessoas da comunidade sobre a espiritualidade ser um ponto chave de sua qualidade de vida.

O WHOQOL-SRPB é composto por 32 itens distribuídos em oito facetas, sendo elas: (1) conexão a ser ou força espiritual; (2) sentido na vida; (3) admiração; (4) totalidade e integração; (5) força espiritual; (6) paz interior; (7) esperança e otimismo e (8) fé<sup>22</sup>. A análise fatorial exploratória sugere uma solução de quatro fatores, que explicam 63,5% da variância. As oito facetas se agrupam nos quatro fatores da seguinte forma: (1) Conexão Espiritual, Fé, Força Espiritual; (2) Paz interior, Totalidade e Integração; (3) Sentido na Vida, Esperança e Otimismo e (4) Admiração. Três facetas apresentaram validade discriminativa para escolaridade, colocando como hipótese que, quanto menos anos de estudo, maior a conexão espiritual, força espiritual e fé<sup>22</sup>. Ainda, em estudo usando o WHOQOL-SRPB, a CRE-breve e o Inventário Beck de Depressão (IDB), Panzini et al.<sup>22</sup> observaram uma correlação negativa entre nível de depressão e qualidade de vida, embora a conexão espiritual tenha permanecido preservada. Apesar disso, em síntese, o WHOQOL-SRPB apresentou qualidades psicométricas satisfatórias, com relação à validade de constructo, discriminativa e convergente e à fidedignidade, alfa de Cronbach igual a 0,96. O mesmo estudo conclui que essa escala está mais ajustada para medir a qualidade de vida, e não a espiritualidade/religiosidade, parecendo ser melhor compreendida como uma medida da relação da religiosidade e crenças pessoais (as quais podem estar ligadas à espiritualidade/religiosidade) com a qualidade de vida<sup>22</sup>.

A Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE) – (*Spiritual Well-Being Scale*) foi desenvolvida por Paloutzian e Ellison em 1982 e adaptada e validada para o contexto brasileiro<sup>23</sup>. A EBE é uma das pioneiras no tema da espiritualidade/religiosidade e foi elaborada com o objetivo de complementar os indicadores de qualidade de vida nos Estados Unidos. Foi desenvolvida para avaliar o bem-estar espiritual geral, não sendo fundamentada em assuntos teológicos específicos ou padrões de bem-estar específicos, que podem variar conforme a crença ou religião, sendo um instrumento abrangente<sup>24</sup>.

Essa escala possui 20 itens, divididos em duas subescalas, (1) Bem-estar religioso (BER), que diz respeito à satisfação na conexão pessoal com Deus ou com algo que se considera absoluto, e (2) Bem-estar existencial (BEE), que se refere à percepção do sujeito em relação ao propósito de vida independente de uma referência religiosa<sup>23</sup>. O instrumento é de fácil aplicação e entendimento para variadas idades e condições sociais. Marques et al.<sup>23</sup>, descreveram, uma solução de dois fatores, como a mais apropriada, explicando 47,97% da variância, com o nível de correlação entre os fatores 1 e 2 de 0,54, em acordo com os criadores da EBE<sup>23</sup>. O fator 1 (Bem Estar Religioso) agrupa os itens referentes à relação pessoal com Deus, e se essa relação ajuda a proporcionar bem-estar, satisfação e ausência de solidão, sendo essa fator responsável por 38,41% da variância total. O fator 2 (Bem Estar Existencial), explicou 9,56% da variância total, e agrupa itens relacionados à expectativa positiva com relação ao futuro, otimismo e sentimento de propósito na vida. Foram obtidos coeficientes alfa de Cronbach de 0,92 para o fator 1 e 0,85 para o fator 2, o que sugere uma alta consistência interna<sup>23</sup>.

Apesar disso, a validação da EBE se baseou em amostra apenas da cidade de Porto Alegre, sendo necessários dados de outras regiões, para obter parâmetros comparativos e se chegar a uma padronização para a população brasileira<sup>23,25</sup>, incluindo considerar outras variáveis sociodemográficas para uma melhor contextualização da manifestação da espiritualidade e religiosidade em diferentes grupos. Por fim, Marques et al.<sup>23</sup> afirmam que, para estudos que visam mensurar a espiritualidade sem as questões religiosas, a EBE não parece adequada. Outro estudo<sup>25</sup> conclui que há necessidade de novos estudos no contexto brasileiro sobre a EBE, pois entendem que a estrutura fatorial da escala é complexa, assim como encontrado em pesquisas internacionais realizadas por Ledberter et al.<sup>26</sup>; Scott et al.<sup>27</sup>; Miller et al.<sup>28</sup> e; Utsey et al.<sup>29</sup>. O mesmo estudo sugere que o fator Bem Estar religioso é sujeito a um efeito teto em grupos religiosos específicos, uma vez que o indivíduo pode ser influenciado a responder em concordância com os postulados de sua organização religiosa, prejudicando estudos sobre associações entre espiritualidade e saúde<sup>25</sup>.

O terceiro instrumento de mensuração mais citado nos trabalhos encontrados, foi a Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE), adaptada e validada para o contexto brasileiro por Panzini em 2004, a partir da versão original norte-americana (denominada *RCOPE Scale*)<sup>30</sup>. A CRE é o primeiro instrumento do tipo

para o Brasil e foi desenhada para ser teórica e empiricamente embasada, funcionalmente orientada, clinicamente válida, abrangente e considerando aspectos positivos e negativos da religiosidade. Apesar de ter sido estruturada de acordo com a cultura religiosa norte-americana, seus desenvolvedores consideram que sua aplicabilidade é válida em culturas com diferentes crenças e níveis de envolvimento religioso<sup>31</sup>.

A versão final da CRE foi adaptada para o contexto brasileiro<sup>32</sup> e conta com 87 itens em duas dimensões, o CRE positivo (contendo oito fatores e 66 itens) e o CRE negativo (contendo quatro fatores e 21 itens). Os oito fatores do CRE positivo indicaram uma correlação entre eles que varia de -0,109 a 0,420 e foram denominados como: (1) Transformação de si e/ou de Sua Vida, (2) Ações em Busca de Ajuda Espiritual, (3) Oferta de Ajuda ao Outro, (4) Posicionamento Positivo Frente a Deus, (5) Busca Pessoal de Crescimento Espiritual, (6) Ações em Busca do Outro Institucional, (7) Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual e (8) Afastamento Através de Deus, da Religião e/ou Espiritualidade. No CRE negativo as correlações dos fatores variaram de -0,279 a 0,280 e foram nomeados como: (1) Reavaliação Negativa de Deus, (2) Posicionamento Negativo Frente a Deus, (3) Reavaliação Negativa do Significado e (4) Insatisfação com o Outro Institucional. O alfa de Cronbach da escala CRE (0,97), da dimensão CRE positivo (0,98) e da dimensão CRE negativo (0,86), indicam um ótimo nível de consistência interna, permitindo aplicação clínica e de pesquisa em saúde<sup>32</sup>.

Embora a RCOPE seja uma ferramenta abrangente, ela possui 105 itens (enquanto a CRE ficou com 87), o que limita sua utilização, levando ao desenvolvimento da *Brief RCOPE*, pelos mesmos autores, com apenas 14 itens<sup>31</sup>. Esta escala, por sua vez, foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa<sup>33</sup> e denominada Escala Breve de Enfrentamento Religioso (CRE-Breve). A versão brasileira, tal como a norte-americana, é composta por dois fatores com sete itens cada (enfrentamento religioso positivo e negativo). Para o fator de enfrentamento religioso positivo, o alfa de Cronbach foi de 0,87 e 27,64% de variância são explicados pelo mesmo. Esse fator contém itens relacionados à religiosidade como fonte de amor, cuidado, força, ajuda, purificação e ressignificação positiva do estressor. O segundo fator (enfrentamento religioso negativo) contém os itens relacionados à religiosidade como fonte de conflito intra e/ou interpessoal, sentimentos de culpa e punição, insegurança e ressignificação negativa do

estressor. Esse fator apresentou alfa de Cronbach igual a 0,71 e explicou 15,45% da variância dos dados. Faria et al.<sup>33</sup> concluem que o instrumento possui estabilidade e adequação para mensuração do constructo enfrentamento religioso.

As escalas encontradas em menor número nos artigos analisados (citadas na Tabela 2) são brevemente descritas a seguir:

- *Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality* (BMMRS)/ Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS-P): é um instrumento multidimensional para medida da espiritualidade e religiosidade para a área da saúde. Possui 38 itens em 11 dimensões (experiências espirituais diárias, valores/crenças, perdão, práticas religiosas particulares, superação religiosa, apoio religioso, histórico religioso espiritual, comprometimento, religiosidade organizacional, preferências religiosas e autoavaliação global de religiosidade/espiritualidade). O alfa de Cronbach foi >0,70; pela análise fatorial, 11 fatores explicaram 62,84% da variância total. Os resultados indicam um instrumento breve e multidimensional, confiável e válido para a população brasileira<sup>15</sup>;
- *Daily Spiritual Experience Scale* (DSES): é um instrumento que busca acessar a dimensão espiritual por meio das experiências que se manifestam na vida diária, como gratidão, compaixão, paz interior, conexão com o transcendente, sem envolvimento com crenças ou comportamentos de uma religião específica. A escala, com 16 itens, apresentou alfa de Cronbach igual a 0,91; a análise fatorial exploratória extraiu três componentes, explicando 60,5% da variância total, demonstrando índices de fidedignidade e validade aceitáveis<sup>34</sup>;
- Escala de Atitude Religiosa/Espiritualidade: desenvolvida no Brasil<sup>35</sup>, possui 15 itens que agrupam atitudes em três níveis (comportamental, afetivo e cognitivo), relacionadas à espiritualidade e religiosidade, com alfa de Cronbach igual a 0,91;
- Escala de Orientações Religiosas: o objetivo desse instrumento é medir o tipo de orientação religiosa (intrínseca ou extrínseca). A mesma possui dez itens relativos à orientação intrínseca e seis correspondem à orientação extrínseca. O alfa de Cronbach foi de 0,81 (total), 0,90 para orientação religiosa intrínseca e 0,50 para a orientação extrínseca. A correlação item a item variou entre 0,34 e 0,78, com média de 0,59<sup>36</sup>;
- FACIT-SP: possui 12 itens e avalia o bem-estar espiritual, centrando-se nos aspectos existenciais da espiritualidade e fé e de amplo uso na literatura científica



mundial<sup>37</sup>. Foi encontrado um coeficiente alfa de Cronbach de 0,89 para adaptação brasileira desta escala<sup>37</sup>;

- *Duke Religious Index* (DUREL)/ Índice de Religiosidade de Duke (P-DUREL): a escala conta com cinco itens que medem três dimensões da religiosidade, sendo elas: (1) Religiosidade Organizacional, (2) Não Organizacional e (3) Intrínseca. O alfa de Cronbach ( $>0,80$ ) e a confiabilidade teste-reteste (Coeficiente de Correlação Intraclass  $>0,90$ ), demonstram adequada consistência interna e confiabilidade do instrumento. Apesar de ser uma escala de fácil aplicação, ela aborda apenas três dimensões da religiosidade e não considera a espiritualidade<sup>38</sup>;
- Inventário de Religiosidade Intrínseca: conta com dez itens que almejam a mensurar a religiosidade intrínseca. O alfa de Cronbach (0,96) e a confiabilidade teste-reteste (Coeficiente de Correlação Intraclass  $>0,70$ ), demonstram adequada consistência interna e confiabilidade do instrumento<sup>39</sup>;
- *Self-rating Scale for Spirituality* (SRSS): é composta por seis itens relativos à orientação espiritual do indivíduo. O conteúdo dos itens aborda a importância de passar o tempo com pensamentos espirituais e meditações, esforço para viver de acordo com as crenças religiosas, relevância dos pensamentos espirituais que o indivíduo possui, interesse na literatura religiosa, impacto da espiritualidade ao manter o equilíbrio e estabilidade na vida e, consideração que se dá à espiritualidade como base para a vida. O valor de alfa de Cronbach obtido no estudo brasileiro com o instrumento foi de 0,83<sup>40</sup>;
- *Treatment Spirituality / Religiosity Scale* (TSRS-Br): contempla 10 itens e mensura a ênfase dada à espiritualidade e religiosidade em tratamentos de usuários de substâncias. O alfa de Cronbach obtido foi de 0,85, a confiabilidade teste-reteste apresentou um coeficiente variando entre 0,22 a 0,47, mostrando-se válida e adequada para o contexto brasileiro<sup>41</sup>.

## DISCUSSÃO

A análise da produção sobre escalas de espiritualidade/religiosidade demonstrou que ainda há poucos trabalhos, ou apenas pesquisas pontuais sobre o tema, ainda que o mesmo venha ganhando forma no campo da pesquisa. A maior parte dos estudos se concentra nas áreas de Psicologia, Enfermagem e Medicina, porém já foram encontradas iniciativas em áreas como Odontologia e Marketing.

Apesar disso, o uso dessas escalas é de difícil generalização para população brasileira como um todo até o momento, em virtude de a maior parte dos estudos com as mesmas ter usado amostras apenas da Região Sul do país<sup>22,23,32</sup>.

Ainda, a maior parte dos estudos de validação encontrados se referiu à WHOQOL-SRPB e à CRE e, em menor especificidade, a EBE. Apesar disso, os estudos sobre essa última escala mostraram uma correlação de seus escores com indicadores de bem-estar, incluindo autoconhecimento positivo, sentido e propósito de vida, assertividade e baixa agressividade, o que é de interesse para o uso dessa escala na área de Saúde. O mesmo pode ser dito para a CRE, para a qual foram encontradas correlações significativas com qualidade de vida e saúde, através de suas correlações com os instrumentos Escala de Atitude Religiosa e o WHOQOL-bref. Por fim, os escores da WHOQOL-SRPB apresentaram correlações significativas com qualidade de vida (mas não com saúde mental), o que sugere sua relativa independência como fenômeno de interesse para profissionais de saúde em geral.

A análise das escalas com mais estudos encontrados também apresentou importantes diferenças conceituais. No instrumento WHOQOL-SRPB, não há uma distinção clara entre espiritualidade e religiosidade, o que é justificado pelos autores do instrumento como parte do objetivo do mesmo, qual seja, aferir as interlocuções da espiritualidade/religiosidade com a qualidade de vida, compreendendo que tais fatores são positivamente associados com o nível de saúde e indicam características adaptativas da vida<sup>22</sup>. A Escala EBE traz a diferenciação do conceito de bem-estar espiritual e bem-estar religioso, sendo o primeiro compreendido como o encontro de propósito que justifique o comprometimento com a vida e o segundo, relacionado à comunhão e relação com Deus ou com algo sagrado<sup>23</sup>. Por fim, na CRE, os autores propõem uma relação significativa entre a espiritualidade/religiosidade e estratégias de *coping*, mostrando que a conexão espiritual e o apoio de membros de uma instituição religiosa colaboram para a mudança de alguns comportamentos, ajudando a enfrentar situações estressantes<sup>32</sup>.

Em comparação com estudo anterior sobre esse tipo de escalas<sup>42</sup>, no qual encontrou-se 20 instrumentos, a pesquisa atual abordou apenas 10, visto que não foram avaliados instrumentos que não passaram pelo processo de tradução/adaptação, conforme explicado na metodologia. Ainda, nesse estudo anterior outros instrumentos foram avaliados, os quais não foram encontrados na

presente revisão sistemática (escalas de Experiências Espirituais Diárias, Moschella, Prática Religiosa Privada e Social, Autoavaliação de Religiosidade e Motivação Religiosa Intrínseca). Essa diferença sugere diferenças de bases de dados consultadas; em vista de um dos critérios adotados no presente estudo ter sido o de disponibilidade de acesso público dos estudos, acredita-se que a mudança do tipo de acesso a essas escalas pode ampliar seu uso por profissionais de saúde em geral.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências sobre a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde sustentam a importância de investimento na investigação e desenvolvimento de instrumentos efetivos para avaliação dessa dimensão humana. Dos trabalhos analisados, pôde-se observar que os instrumentos disponíveis no contexto brasileiro ainda necessitam de avaliações mais precisas e amostras mais amplas, uma vez que grande parte deles utilizaram uma amostra pouco representativa do país. Além disso, há muitos instrumentos de mensuração, porém com poucos estudos e coesão teórica entre si.

## REFERÊNCIAS

1. Dalgalarrrondo P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. *Rev Bras Psiquiatr* [periódico na Internet]. 2006 [acessado 2017 Set]; 28(3):177-178. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000300006>
2. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr* [periódico na Internet]. 2006 [acessado 2017 Jul]; 28(3):242-250. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>
3. Paiva GJ, Zangari W, Verdade MM, Paula JRM, Faria DGR, Gomes DM et al. Psicologia da Religião no Brasil: a produção em periódicos e livros. *Psic.: Teor. e Pesq* [periódico na Internet]. 2009 [acessado 2017 Jul]; 25(3):441-446. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300019>
4. Esperandio MRG, August H. A pesquisa quantitativa em Psicologia da religião no Brasil. *Revista Pistis Práxis: Teologia e Pastoral* [periódico na Internet]. 2017 [acessado 2017 Jun]; 9(1):49-67. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/pistispraxis/article/view/7199>

5. Pessanha PP, Andrade ER. Religiosidade e Prática Clínica: um olhar fenomenológico-existencial. *Perspectivas online* [periódico na Internet]. 2009 [acessado 2017 Ago]; 3(10):75-86. Disponível em: [http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/revista\\_antiga/article/view/364](http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/revista_antiga/article/view/364)
6. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Avezum, AJ. Religiosidade , Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares. *Rev Bras Cardiol* [periódico na Internet]. 2011 [acessado 2017 Jun]; 24(1):55–57. Disponível em: [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011\\_01/a\\_2011\\_v24\\_n01\\_07giancarlo.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_01/a_2011_v24_n01_07giancarlo.pdf)
7. Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Am Psychol* [periódico na Internet]. 2003 [acessado 2017 Set]; 58(1):64-74. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12674819>
8. Panzini RG, Rocha N, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev Psiquiatr Clín* [periódico na Internet]. 2007 [acessado 2017 Jun]; 34(1):105-115. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700014>
9. Zangari W, Machado FR (orgs.) *Psicologia e Religião: Histórico, Subjetividade, Saúde Mental, Manejo, Ética Profissional e Direitos Humanos* [cartilha]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.usp.br/interpsi/>
10. Hill PC, Pargament KI, Wood RW, McCullough ME, Swyers JP. Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *J Theory Soc Behav* [periódico na Internet]. 2000 [acessado 2017 Jul]; 30:51-77. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1468-5914.00119>
11. World Health Organization. (1999). *Fifty-second World Health Assembly, Geneva, 17-25 May 1999: verbatim records of plenary meetings and list of participants*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258945/1/WHA52-1999-REC-2-eng-fre.pdf>
12. Moreira-Almeida A, Sharma A, Van Rensburg BJ, Verhagen PJ, Cook CC. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry* [periódico na Internet]. 2016 [acessado 2017 Jul]; 15(1):87-88. Disponível em: [http://www.wpanet.org/detail.php?section\\_id=8&content\\_id=1821](http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=8&content_id=1821)
13. Koenig HG. Religion and mental health: what should psychiatrists do? *BJPsych Bull* [periódico na Internet]. 2008 [acessado 2017 Jun]; 32(6):201–203. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/pb.bp.108.019430>
14. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Vallada H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *Sao Paulo Med J* [periódico na Internet]. 2013 [acessado 2017 Ago]; 131(2):112–122. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-31802013000100022>
15. Curcio C, Lucchetti G, Moreira-Almeida A. Validation of the Portuguese version of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS-P) in clinical and non-clinical samples. *J Relig Health* [periódico na Internet]. 2015

[acessado 2017 Jul]; 54(2):435-48. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24318672>

16. Moreira-Almeida A, Pinski I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográfico: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2017 Ago]; 37(32):3-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000100003>

17. Castro AA, Saconato H, Guidugli F, Clark OAC. *Curso de revisão sistemática e metanálise*. São Paulo: LED-DIS/UNIFESP; 2002.

18. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet]. 2000 [acessado 2017 Jun]; 5(1):33-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>

19. Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Ava Psic* [periódico na Internet]. 2012 [acessado 2017 Dec]; 11(2):213-228. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>

20. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica* [periódico na Internet]. 2000 [acessado 2017 Ago]; 34(2):178-183. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>

21. Fleck MPA, Skevington S. (2007). Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Rev Psiquiatr Clín* [periódico na Internet]. 2007 [acessado 2017 Dec]; 34(Supl. 1):146-149. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700018>

22. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Fleck MPA. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Rev Saude Publica* [periódico na Internet]. 2011 [acessado 2017 Jun]; 45(1):153-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100018>

23. Marques LF, Sarriera JG, Dell'Aglio DD. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE): Adaptation and validation of Spiritual Well-Being Scale (SWS). *Avaliação Psicológica* [periódico na Internet]. 2009 [acessado 2017 Dec]; 8(2):179-186. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712009000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000200004)

24. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saude Publica* [periódico na Internet]. 2003 [acessado 2017 Ago]; 37(4):440-445. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400008>

25. Martinez E, Almeida R, Garcia F, Carvalho C. Notas sobre a versão em língua portuguesa da Escala de Bem-Estar Espiritual. *J Bras Psiquiatr* [periódico na



Internet]. 2013 [acessado 2017 Jul]; 62(1):76-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000100010>

26. Ledbetter MF, Smith LA, Vosler-Hunter WL, Fischer JD. An evaluation of the research and clinical usefulness of the Spiritual Well-Being Scale. *J Psychol Theology* [periódico na Internet]. 1991[acessado 2018 Jul];19:49-55. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/009164719101900109>

27. Scott EL, Agresti AA, Fitchett G. Factor analysis of the "Spiritual Well-Being Scale" and its clinical utility with psychiatric inpatients. *J Sci Stud Relig*. 1998;37:314-21.

28. Miller G, Fleming W, Brown-Anderson F. Spiritual Well-Being Scale ethnic differences between Caucasians and African-Americans. *J Psychol Theology*. 1998;26:358-64.

29. Utsey SO, Lee A, Bolden MA, Lanier Y. A confirmatory test of the factor validity of scores on the spiritual well-being scale in a community sample of African Americans. *J Psychol Theology*. 2005;33:251-7.

30. Pargament K, Koenig H., Perez L. The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *J Clinical Psychol* [periódico na Internet]. 2000 [acessado 2017 Dec]; 56(4):519-543. Disponível em: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4%3C519::AID-JCLP6%3E3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4%3C519::AID-JCLP6%3E3.0.CO;2-1)

31. Pargament K, Feuille M, Burdzy D. The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions (Basel)* [periódico na Internet]. 2011 [acessado 2017 Jun]; 2:51-76. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/rel2010051>

32. Panzini RG. *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida* [dissertação]. Porto alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. Disponível em <http://www.biblioteca.ufrgs.br/bibliotecadigital/>

33. Faria J, Seidl E. Religiosidade, Enfrentamento e Bem-estar Subjetivo em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. *Psicol Estud* [periódico na Internet]. 2006 [acessado 2017 Dec]; 11(1): 155-164. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000100018>

34. Kimura M, Oliveira A, Mishima L, Underwood L. Adaptação cultural e validação da Underwood's Daily Spiritual Experience Scale – versão brasileira. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2012 [acessado 2017 Out]; 46:99-106. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000700015>

35. Aquino T. Atitude religiosa e crenças pessoais dos alunos de psicologia. *Revista UNIPÊ*, 2005; 9(1): 56-63.

36. Ferreira AM. *Religiosidade em alunos e professores portugueses* [tese]. Porto

(Portugal): Universidade Aberta; 2005. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2427/4/Tese-AnaVerissimoFerreira-PDF.pdf>

37. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Gonçalves B, Vallada H. Validation of the Portuguese version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being scale (FACIT-Sp 12) among Brazilian psychiatric inpatients. *J Relig Health* [periódico na Internet]. 2015 [acessado 2017 Nov]; 54(1):112-121. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9785-z>

38. Taunay TCE, Gondim FAA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LMS et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiquiatr Clín* [periódico na Internet]. 2012 [acessado 2017 Jun]; 39(4):130-135. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000400003>

39. Taunay TC, Cristiano EV, Machado MO, Rola FH, Lima JWO, Macêdo DS, Gondim FAA, Moreira-Almeida, Carvalho AF. Development and validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). *Revista Brasileira Psiquiatria* [periódico na Internet]. 2012 [acessado 2018 Jun]; 34(1). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462012000100014>

40. Gonçalves AM, Pillon SC. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). *Rev Psiquiatr Clín* [periódico na Internet]. 2009 [acessado 2017 Nov]; 36(1):10-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000100002>

41. Gonçalves AMS, Santos MA, Chaves ECL, Pillon SC. Adaptação transcultural e validação da versão brasileira da Treatment Spirituality / Religiosity Scale. *Revista Brasileira de Enfermagem* [periódico na Internet]. 2016 [acessado 2018 Jun]; 69(2):235-241. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690205i>

42. Curcio C, Lucchetti G, Moreira-Almeida A. Instrumentos de Avaliação de Religiosidade e Espiritualidade. In: Gorenstein C, Wang Y, Hungerbuhler I. *Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed; 2016. P. 464-474.

43. Sánchez R, Sierra F, Zárate K. ¿Son la religiosidad y la espiritualidad dimensiones diferentes? *Rev.colomb.cancerol.* [periódico na Internet]. 2014 [acessado 2017 Nov]; 18(2):62-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rccan.2014.04.002>

44. Aquino T, Correia A, Marques A, Souza, C, Assis H, Araújo I et al. Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. *Psicologia - Ciencia E profissão* [periódico na Internet]. 2009 [acessado 2017 Jun]; 29(2):228-243. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000200003)

45. Miranda SL, Lanna MAL, Felipe WC. Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. *Psicologia - Ciencia E profissão* [periódico na Internet]. 2015 [acessado 2017 Ago]; 35(3):870-885.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002342013>

46. Silva VMT. *A crença sobre a morte e o coping religioso-espiritual em pacientes internados com doenças crônicas* [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/17744>

47. Rodríguez-Rad CJ, Ramos-Hidalgo E. Influencia de la religiosidad y la espiritualidad en el comportamiento ético del consumidor. *Innovar* [periódico na Internet]. 2017 [acessado 2017 Jul]; 27(65):69-80. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/innovar.v27n65.65062>

48. Moreira CNO, Marques CB, Silva MAP, Pinheiro FAM, Salomé GM. Association of sociodemographic and clinical factors with spirituality and hope for cure of ostomized people. *J Coloproctol (Rio J)* [periódico na Internet]. 2016 [acessado 2017 Set]; 36(3):162-172. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2016.04.009>

49. Magalhães SM, Carvalho ZMF, Andrade LM, Pinheiro AKB, Studart RMB. Influence of spirituality, religion and beliefs in the quality of life of people with spinal cord injury. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet]. 2015 [acessado 2017 Ago]; 24(3):792-800. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000620014>



### 3 CAPÍTULO III

#### ESCALA DE DIMENSÕES-CHAVE DE ESPIRITUALIDADE (DCE): ADAPTAÇÃO BRASILEIRA DA *CORE DIMENSIONS OF SPIRITUALITY*

#### KEY DIMENSIONS SCALE OF SPIRITUALITY (DCE): BRAZILIAN ADAPTATION OF *CORE DIMENSIONS OF SPIRITUALITY*

##### Resumo

Apesar da diversidade de práticas religiosas no Brasil e do aumento do interesse de pesquisadores da área de saúde no tema da religiosidade e espiritualidade, existem relativamente poucos instrumentos sobre espiritualidade/religiosidade validados para o contexto brasileiro, os quais medem poucas dimensões e/ou não apresentam extensa descrição de suas propriedades psicométricas. O objetivo deste trabalho é descrever a adaptação da *Core Dimensions of Spirituality* (CDS) para o contexto brasileiro, bem como de sua estrutura fatorial. O instrumento foi desenvolvido por Hardt, Schultz, Xander, Becker e Dragan (2012), partindo do pressuposto de que a espiritualidade é um constructo multidimensional. O estudo empírico foi conduzido com uma amostra de 397 adultos residentes em Curitiba-PR, sendo 67% mulheres, solteiros (71,8%), de religião católica (25,9%), participante de alguma atividade religiosa (48,4%), de classe social B2 (40,55%), ensino superior incompleto (58,2%) e que consideram extremamente importante a religião/espiritualidade em sua vida (42,6%). A análise fatorial exploratória com rotação ortogonal *Varimax* mostrou uma solução em quatro fatores, que explicam 71,91% da variância; contudo, os itens de uma das dimensões previstas apresentaram baixa consistência interna, com itens carregando em outros fatores que não os previstos inicialmente. Outros estudos são necessários para estimar a validade do instrumento, ainda que os resultados iniciais deem suporte a sua adoção.

**Palavras-chaves:** espiritualidade; religiosidade; adaptação de instrumentos; análise fatorial exploratória.

**Abstract**

In spite of the diversity of religious practices in Brazil and the increasing interest of health researchers in the topic of religiosity and spirituality, there are relatively few instruments on spirituality/religiosity validated for the Brazilian context, which measure few dimensions and/or do not present extensive description of their full psychometric properties. The purpose of this paper is to describe the adaptation of Core Dimensions of Spirituality (CDS) to the Brazilian context, as well as its factorial structure. The instrument was developed by Hardt, Schultz, Xander, Becker and Dragan (2012), based on the assumption that spirituality is a multidimensional construct. The empirical study was conducted with a sample composed of 397 adults living in Curitiba-PR, 67% of whom were woman, singles (71.8%), of Catholic religion (25.9%), who participated in some religious activity (48.4%), of social class B2 (40.55%), incomplete higher education (58.2%) who considered religion/spirituality in their life as extremely important (42.6%). An Exploratory factor analysis with orthogonal rotation Varimax showed a four-factor solution, which explained 71.91% of the variance; however, items of one of the predicted dimensions presented low internal consistency, with items loading on factors other than predicted. Other studies are necessary in order to estimate other sources of the instrument's validity, although the results herein reported support its adoption.

**Keywords:** spirituality; religiosity; instrument a adaptation; exploratory factor analysis

## INTRODUÇÃO

Há um interesse crescente de pesquisadores e profissionais da área da saúde no estudo da espiritualidade/religiosidade<sup>1</sup>. Ainda que se refiram a fenômenos distintos, (sendo a religião compreendida como instituição, organização com discursos e práticas ligadas ao transcendente e a espiritualidade, compreendida como o sentido que cada pessoa percebe ou atribui à vida), o estudo desses dois construtos de forma separada tem se mostrado inviável<sup>2</sup>. Tais fenômenos são de interesse para profissionais de saúde em virtude de sua associação com a qualidade de vida, bem-estar, motivação para enfrentamento e superação de crises e influência na saúde física<sup>3,4,5,6</sup>. Apesar disso, o maior desafio para tais estudos reside na correta aferição desses fenômenos por meio de instrumentos confiáveis e válidos no contexto brasileiro<sup>1</sup>.

A literatura sobre o tema também afirma que as principais limitações dos instrumentos adaptados para esse contexto se referem à medição incompleta dos aspectos da espiritualidade e religiosidade<sup>1</sup>, além de restritas evidências de sua qualidade psicométrica para o Brasil, um país altamente religioso e heterogêneo<sup>7</sup>.

Fora do Brasil, diversos instrumentos foram criados a fim de mensurar a espiritualidade/religiosidade<sup>8</sup>. Nessa direção, Hardt, Schultz, Xander, Becker e Dragan<sup>9</sup> desenvolveram uma escala denominada de *Core Dimensions of Spirituality* (CDS), partindo do pressuposto de que a espiritualidade é multidimensional (em oposição a estudos mais antigos sobre esse tema) e descrevendo um instrumento de aplicação fácil e rápida. Os autores propuseram quatro dimensões da espiritualidade: (1) crença em Deus (2) busca por sentido (3) atenção plena/*mindfulness* e (4) sentimento de segurança (tradução nossa)<sup>9</sup>. Estes foram dispostos ao longo de 20 itens, numa escala Likert de cinco pontos, a fim de medir o nível de espiritualidade e suas interferências na vida de um indivíduo<sup>9</sup>.

Os itens da primeira dimensão da CDS (crença em Deus) são inespecíficos, sendo abrangentes para qualquer crença<sup>9</sup>. Os itens da segunda dimensão (busca por sentido) foram propostos para se conhecer o nível de autorreflexão, considerado pelos autores como essencial na busca por uma existência significativa auxiliando no enfrentamento de dificuldades em geral<sup>9</sup>. Para Frankl<sup>10</sup>, a dimensão espiritual (ou noética) é a essência da existência, sendo fundamental para a vivência da liberdade e da responsabilidade, estas últimas entendidas como a capacidade de responder ou se posicionar diante das circunstâncias presentes, de forma criativa e própria a

cada indivíduo<sup>10</sup>. A terceira dimensão (atenção plena/*mindfulness*) foi baseada na observação de que a atenção plena está relacionada à saúde física e mental, bem como no desenvolvimento da tolerância, gentileza e serenidade<sup>9</sup>. O termo *mindfulness* provém da tradução de “sati” (do dialeto indiano), que significa lembrança ou lembrar, remetendo à atividade mental e à lembrança de manter consciência<sup>11</sup>. No âmbito da psicologia budista, Grossman<sup>12</sup> afirma que a prática regular e contínua da meditação pode oferecer ao indivíduo renovado entendimento de si mesmo, do outro e do mundo.

Por fim, a quarta dimensão (sentimento de segurança), é entendida na CDS como senso de confiança básica, sendo essa a base para o desenvolvimento da personalidade. Erikson<sup>13</sup> explica que o desenvolvimento de confiança está diretamente ligado à continuidade e uniformidade da relação que os adultos estabelecem com as crianças. Caso essa relação transmita segurança, bem-estar e conforto, o indivíduo pode adquirir confiança em si mesmo, bem como a capacidade de enfrentar dificuldades para a realização de seus desejos ou suportar a não realização dos mesmos<sup>13</sup>. Ainda segundo Erikson, a ausência dessa confiança pode gerar retraimento, desconfiança em si mesmo e nos outros, sentimento de abandono e dificuldades para lidar com frustrações.

Como parte dos requisitos técnicos para adaptação de instrumentos de medida na área da saúde, deve-se considerar se o instrumento de medida se comporta da mesma forma em culturas diferentes daquela em que ele originalmente foi criado<sup>8</sup>. Além da adaptação de termos e itens, em alguns casos ainda ocorre a extinção e/ou adição de itens, visando garantir a adaptação do instrumento para a cultura onde será aplicado e mantendo suas propriedades psicométricas (fidedignidade e validade) originais ou ao menos se aproximando delas<sup>14</sup>.

O presente estudo descreve a adaptação da CDS para o contexto brasileiro; o instrumento passou a denominado Escala de Dimensões-chave da Espiritualidade (DCE). Além disso, são descritos dados psicométricos iniciais do instrumento, por meio de análise fatorial exploratória.

## **MÉTODO**

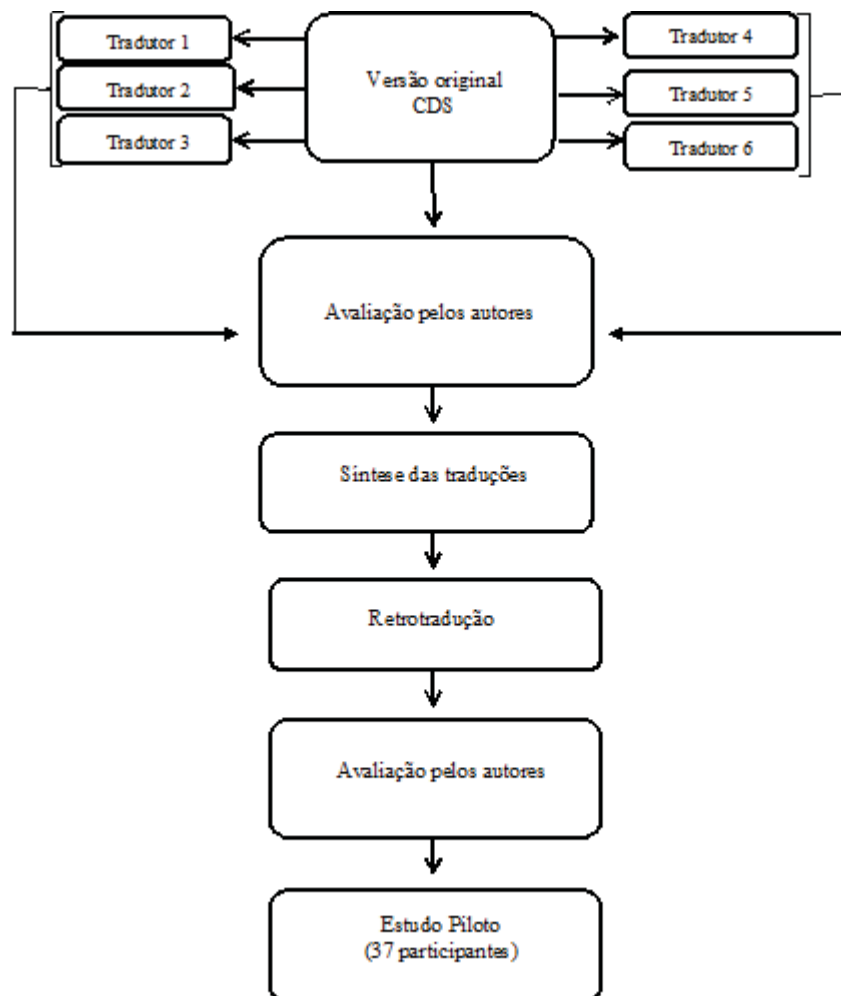
### *Tradução e adaptação da escala*

O instrumento passou por procedimentos-padrão para adaptação de instrumentos<sup>8,15</sup>, apresentados na Figura 1. Os procedimentos consistiram em: (1) tradução dos itens por juízes; (2) compilação das traduções em uma versão preliminar do instrumento; (3) comparação da versão preliminar com o instrumento original; (4) grupo de discussão da adaptação dos itens ao objetivo do instrumento; (5) retro-tradução; (6) comparação com versão original do instrumento e; (7) aplicação à amostra-alvo do estudo empírico.

O instrumento foi traduzido do inglês para o português por seis tradutores, sendo quatro deles nativos norte-americanos. Tais traduções foram comparadas entre si pelos autores (todos fluentes na língua inglesa), para ajustes e formulação de uma versão preliminar do instrumento. A escala foi retro-traduzida para o inglês por um nativo americano e novamente avaliada pelos autores.

Os itens da escala Likert no cabeçalho da versão original do instrumento foram modificados para “Não tem nada a ver comigo”, “Tem muito pouco a ver comigo”, “Não sei dizer”, “Pouco a ver comigo” e “ Tudo a ver comigo”. A versão inicial da DCE foi submetida a um estudo piloto, descrito no tópico a seguir.

FIGURA 2 – ETAPAS DE ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE DIMENSÕES-CHAVE DA ESPIRITUALIDADE (DCE).



### *Estudo piloto*

A fim de testar a escala resultante dos procedimentos anteriores, o instrumento foi aplicado a 37 pessoas (estudantes universitários e profissionais interessados em psicologia) sendo 79% de mulheres, com idades entre 18 e 40 anos (média = 27; desvio-padrão = 7). Os participantes foram recrutados numa instituição de ensino superior de Curitiba/PR, em sala de aula, após a realização de um curso de extensão. O protocolo de avaliação foi o mesmo para os participantes do estudo empírico (vide próxima seção). Não foram referidas quaisquer dificuldades para o preenchimento da DCE, tendo-se adotado essa versão do instrumento para o na etapa seguinte do estudo.

### *Estudo Empírico*

O instrumento foi aplicado em uma amostra mais ampla a fim de descrever suas propriedades psicométricas. Foram recrutados participantes com os seguintes critérios de inclusão: (a) idade entre 18 e 60 anos; (b) escolaridade mínima de Ensino Fundamental Completo; (c) escore dentro da média no Questionário de Saúde Geral (QSG-12).

### *Procedimentos de coleta de dados*

Para a coleta de dados, entrou-se em contato com instituições de ensino superior, privadas e públicas, e instituições religiosas. A coleta ocorreu em salas de aula de cursos de psicologia e engenharias, e nas reuniões de instituições religiosas ligadas à Umbanda e à Seicho-No-Ie. Após apresentação e contextualização do objetivo da avaliação, os instrumentos foram apresentados. O tempo de aplicação não ultrapassou 30 minutos, desde abordagem inicial até o agradecimento final pela participação.

Os protocolos foram preenchidos na presença do aplicador e recolhidos logo após a aplicação (345 protocolos), ou entregues para que os participantes preenchessem em outro momento e os devolvessem espontaneamente (82 protocolos).

No total foram preenchidos 427 protocolos impressos. Destes, 30 apresentaram problemas com o preenchimento ao DCE, resultando numa amostra final de 397 protocolos válidos. Não houve recusa de preenchimento pelos participantes.

### *Participantes*

Para o estudo empírico, a amostra final foi de 397 pessoas, sendo 67% mulheres ( $n=266$ ); a maioria dos participantes tinha ensino superior incompleto (58,2%), predominantemente em Psicologia (46,9% da amostra total), e renda média domiciliar de R\$ 4.427,00. Ainda, a maioria dos participantes (71,8%) se declarou solteiro, de religião católica (25,9%), praticante de alguma atividade religiosa (48,4%), além de considerar extremamente importante a religião/espiritualidade em

sua vida (42,6%). O perfil completo da amostra é apresentado na Tabela 1. Os participantes foram recrutados em instituições de ensino superior e centros religiosos de Curitiba/PR. O tempo de aplicação média dos instrumentos variou entre 15 a 30 minutos. O protocolo de avaliação incluiu os seguintes instrumentos, além de consentimento para participação na pesquisa:

1) Questionário Sociodemográfico, incluindo informações sobre denominação religiosa, frequência a encontros religiosos e importância atribuída à religião/espiritualidade.

2) Questionário de Saúde Geral (QSG-12): versão reduzida do *General Health Questionnaire*, proposto por Goldberg em 1972 e validado para o contexto brasileiro<sup>17</sup>, com o objetivo de avaliar a saúde psicológica. Ainda que não há um consenso sobre estrutura fatorial desse instrumento<sup>18</sup>, o mesmo vem sendo seja utilizado para detectar doenças psiquiátricas severas<sup>18</sup>. No presente estudo, o QSG-12 foi usado para triagem, tendo-se excluído os participantes com desempenho fora do ponto de corte deste instrumento (escores iguais ou superiores a dois).

3) Escala de Dimensões-chave da Espiritualidade.

TABELA 3 – PERFIL DA AMOSTRA (N= 397).

Variável	%
Gênero	Feminino
	67
Escolaridade	Masculino
	33
	Ensino Superior Incompleto
	58,2
	Ensino Superior Completo
	14,4
	Pós Graduação Completa
	10,8
	Pós Graduação Incompleta
	4,5
	Ensino Médio Completo
	4,3
	Ensino Médio Incompleto
	2,8
	Ensino Técnico
	2,3
	Não respondeu
	2,7



Ocupação atual	Estudante	45,3
	Psicólogo(a)	4,6
	Professor(a)	4,3
	Auxiliar Administrativo	2,6
	Outras	43,2
Classe social	B2	40,5
	C1	20,4
	B1	19,1
	A	14,3
	C2	4,2
	D-E	1,2
Estado civil	Solteiro(a)	71,8
	Casado(a)	17,4
	União Estável	7
	Divorciado(a)	3
	Viúvo(a)	0,5
	Não respondeu	0,3
Religião	Católica	25,9
	Afro-brasiliera	17,9
	Crença sem religião específica	14,9
	Sem religião	10,6
	Outra religião	9,6
	Evangélico	8,8
	Agnóstico	3,5

Frequência da prática religiosa	Ateu	2,8
	Budista ou oriental	2,5
	Protestante	2,2
	Não respondeu	1
	Judeu	0,3
	Não respondeu	27,7
	Uma vez por semana	24,7
	Duas ou mais vezes por semana	10,6
	Não frequentou no último ano	10,3
	Duas a onze vezes no último ano	8,6
Nível de importância da prática religiosa	Duas a três vezes por mês	7,3
	Uma vez no último ano	5,5
	Mensal (uma vez por mês)	5,3
	Extremamente importante	22,2
	Importante	21,7
	Nada importante	20,9
	Pouco importante	17,9
	Muito importante	13,9
	Não respondeu	3,4
Importância atribuída à religiosidade/espiritualidade	Extremamente importante	42,6
	Importante	19,1
	Muito importante	17,1
	Nada importante	10,1
	Pouco importante	7,8

Não respondeu

3,3

### *Análise dos dados*

Os dados foram inseridos e analisados usando o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21. Além de estatística descritiva dos dados sociodemográficos da amostra, foi realizada análise fatorial exploratória dos itens do DCE. Tal procedimento é considerado o método mais adequado para verificação de hipóteses de representações comportamentais de traços latentes em um teste psicológico<sup>19</sup>. Para a realização e discussão dessa análise, adotou-se recomendações consagradas da literatura<sup>8,18,19,20</sup>. Os itens da DCE foram submetidos a análise fatorial de componentes principais, com rotação *Varimax* e autovalores (*eigenvalues*) com valor mínimo igual a 1. As rotações têm como objetivo facilitar interpretações dos fatores, ou seja, encontrar uma solução mais simples e interpretável<sup>18,19</sup>. A rotação ortogonal assume que os fatores extraídos são independentes uns dos outros; destas, o método *Varimax* propõe-se a maximizar a dispersão das cargas dos fatores dentro dos fatores<sup>19</sup>.

### *Aspectos éticos*

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa o Setor de Ciências da Saúde da UFPR, parecer nº 1775340, com número de CAAE 59864516.8.0000.0102.

## **RESULTADOS**

A versão do DCE usada no estudo empírico encontra-se na Tabela 2.

TABELA 2 – ESCALA DE DIMENSÕES-CHAVE DE ESPIRITUALIDADE (DCE), APÓS TRADUÇÃO, RETROTRADUÇÃO E REVISÃO.

Item	Versão original (em inglês)	Versão final
1	<i>I deal consciously with environment</i>	Eu me preocupo com o que está a minha volta

2	<i>I feel that God is my friend</i>	Eu sinto que Deus é meu amigo
3	<i>I search for the spirit</i>	Eu busco por espiritualidade
4	<i>I try to be empathetic with others</i>	Eu tento ser empático com os outros
5	<i>My life means searching and asking</i>	Minha vida significa buscar e perguntar
6	<i>I feel peace deep inside me</i>	Sinto profunda paz interior
7	<i>My life is peace and joy</i>	Minha vida é de paz e alegria
8	<i>I feel one with the world</i>	Eu me sinto unido com o mundo
9	<i>I look for insight and coherence</i>	Eu busco por iluminação e unidade
10	<i>I try to open my mind</i>	Eu tento ter cabeça aberta
11	<i>I try to be patient and tolerant</i>	Eu tento ser paciente e tolerante
12	<i>My faith helps to cope with problems</i>	Minha fé me ajuda a enfrentar problemas
13	<i>I try to expand my soul</i>	Eu tento ampliar minha alma
14	<i>I feel the love of God</i>	Eu sinto o amor de Deus
15	<i>I trust in God</i>	Eu confio em Deus
16	<i>I try to help others</i>	Eu tento ajudar os outros
17	<i>I try to deal consciously with others</i>	Eu tento lidar com os outros com consideração
18	<i>I trust in my faith for decisions</i>	Eu confio na minha fé para tomar decisões
19	<i>I see a friendly world around me</i>	Eu vejo um mundo amável ao meu redor
20	<i>I feel there is a lot of love in the world</i>	Eu sinto que existe muito amor no mundo

### Análise fatorial

A fidedignidade da análise fatorial depende do tamanho da amostra, sendo uma regra comum utilizar entre 10 a 15 participantes por variável<sup>19</sup>. Sob esse critério, a amostra aqui descrita supera em quase 25% o tamanho mínimo

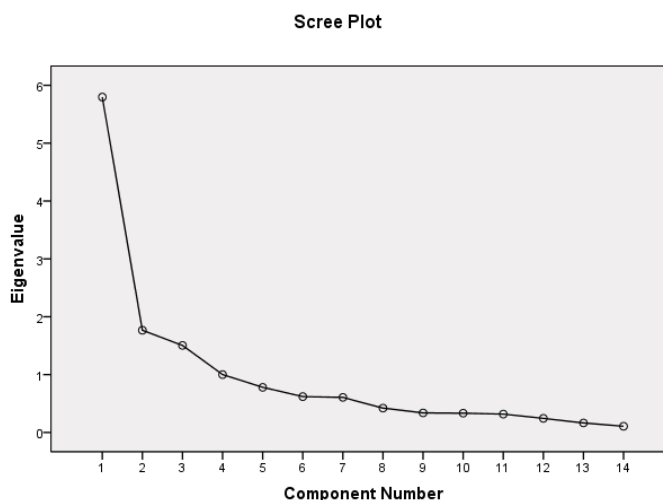
recomendado, visto que o DCE tem 20 itens/variáveis. Ainda, para análise de viabilidade da análise fatorial para a amostra obtida<sup>18</sup>, foram usados o critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de Esfericidade de Bartlett. O KMO consiste em um teste estatístico que indica a proporção de variância dos itens que pode estar sendo explicado por uma variável. A estatística KMO varia entre 0 e 1, com índices acima 0,7 sendo considerados satisfatórios<sup>19</sup>. O Teste de Esfericidade de Bartlett avalia a significância geral de todas as correlações em uma matriz de dados<sup>20</sup>. Examinando se a matriz de variâncias-covariâncias é proporcional a uma matriz identidade<sup>19</sup>. A interpretação dos valores do teste de esfericidade indica que a matriz é favorável quando  $p < 0,05$ .

O índice KMO obtido no presente estudo é de 0,84, demonstrando que os dados são bastante adequados para passar por análise fatorial. O valor de qui-quadrado aproximado no Teste de Esfericidade de Bartlett foi de 3178,38 ( $p < 0,0001$ ), o que indica que os dados são adequados para passar por análise fatorial.

Inicialmente, tal análise foi feita com os 20 itens da escala. Quatro itens apresentaram baixa comunalidade (1,4,10 e 11) e dois apresentaram comunalidades igual a itens com o mesmo conteúdo semântico (15 e 19); desta forma, realizou-se nova análise fatorial com os 14 itens restantes (Apêndice 1), que apresentou melhor adequação ao modelo original do instrumento<sup>9</sup>, carregando em quatro fatores. Com o objetivo de avaliar a fidedignidade ou consistência interna da DCE, calculou-se o coeficiente alfa de Cronbach. Obteve-se um valor de 0,85 para a escala total, indicando excelente consistência interna dos itens<sup>18,19</sup>.

A Figura 2 apresenta o *scree plot*, que demonstra a importância relativa de cada fator. Uma solução de quatro fatores foi a que apresentou melhor ajuste, em conformidade com a proposta do instrumento em sua versão original. Tal solução explicou 71,9% da variância obtida na amostra.

FIGURA 2 – SCREE PLOT PARA OS AUTOVALORES (EIGENVALUES) OBTIDOS NA ANÁLISE POR COMPONENTES.



A Tabela 3 descreve as cargas fatoriais dos itens. A estrutura fatorial obtida é semelhante à do instrumento original<sup>9</sup>, com quase todos os itens se agrupando nas quatro dimensões previstas anteriormente. Desta forma, manteve-se os nomes das dimensões como nomes dos fatores, a fim de facilitar sua interpretação e comparação da DCE com a versão original do instrumento. Nos fatores 1 (Crença em Deus), 2 (Sentimento de segurança) e 3 (atenção plena/*mindfulness*), os itens agrupados foram os mesmos previstos na versão original, explicando, respectivamente, 41,40%, 12,61% e 10,74% da variância total. O Fator 4 (Busca por sentido) foi o que apresentou pior ajuste ao modelo original, incluindo apenas um item e explicando 7,14% da variância total. Três dos itens originalmente propostos nessa dimensão<sup>9</sup>, apresentaram cargas fatoriais altas no fator 1, enquanto um outro item dessa dimensão apresentou carga fatorial alta no fator 3.

TABELA 3 – CARGAS FATORIAIS DOS ITENS DA DCE, POR MEIO DE ANÁLISE FATORIAL DE COMPONENTES PRINCIPAIS.

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
10. Eu sinto o amor de Deus	0,89			
8. Minha fé me ajuda a enfrentar problemas	0,86			
13. Eu confio na minha fé para tomar decisões	0,83			
1. Eu sinto que Deus é meu amigo	0,82			
9. Eu tento ampliar minha alma	0,72			
7. Eu busco por iluminação e unidade	0,60			

6. Eu me sinto unido com o mundo	0,78
5. Minha vida é de paz e alegria	0,77
4. Sinto profunda paz interior	0,76
14. Eu sinto que existe muito amor no mundo	0,71
12. Eu tento lidar com os outros com consideração	0,89
11. Eu tento ajudar os outros	0,88
2. Eu busco por espiritualidade	0,69
3. Minha vida significa buscar e perguntar	0,66

A Tabela 4 são apresentadas as correlações de cada item com o teste e o valor de alfa de Cronbach para o instrumento, se o respectivo item fosse eliminado. Estes últimos valores variam entre 0,83 e 0,89, o que demonstra que os itens contribuem homogeneamente para a avaliação do constructo.

TABELA 4 – RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA INTERNA.

Dimensões/itens	Média	Desvio padrão	Coeficiente de correlação do item corrigido	Alfa de Cronbach se item eliminado
Crença em Deus				
1. Eu sinto que Deus é meu amigo	3,98	1,5	0,68	0,83
8. Minha fé me ajuda a enfrentar problemas	3,96	1,4	0,76	0,83
10. Eu sinto o amor de Deus	3,82	1,5	0,71	0,83
13. Eu confio na minha fé para tomar decisões	3,79	1,4	0,74	0,83
9. Eu tento ampliar minha alma	3,96	1,3	0,71	0,83
7. Eu busco por iluminação e unidade	3,77	1,3	0,67	0,84
Busca por sentido				
2. Eu busco por espiritualidade	4,19	2,8	0,29	0,89
3. Minha vida significa buscar e perguntar	4,22	0,9	0,23	0,86
Atenção plena/ <i>mindfulness</i>				
11. Eu tento ajudar os outros	4,70	0,6	0,33	0,85
12. Eu tento lidar com os outros com consideração	4,69	0,7	0,30	0,85
Sentimento de segurança				
4. Sinto profunda paz interior	3,63	1,2	0,55	0,84

5. Minha vida é de paz e alegria	3,65	1,2	0,57	0,84
6. Eu me sinto unido com o mundo	3,52	1,2	0,49	0,85
14. Eu sinto que existe muito amor no mundo	3,26	1,3	0,45	0,85

## DISCUSSÃO

Esse estudo buscou traduzir e adaptar a CDS para a cultura brasileira (que passou a ser denominada DCE), cuja versão final é apresentada no Apêndice 1. Os dados aqui apresentados permitem afirmar que a adaptação foi exitosa, em termos de sua replicação (ainda que parcial) do modelo original, num estudo mais amplo que o realizado por Hardt et al.<sup>9</sup>. Os dados obtidos sugerem que as dimensões Crença em Deus e Sentimento de segurança são válidas, considerando-se sua coesão fatorial, que informa sobre evidências de validade de construto de instrumentos de medida desse tipo<sup>21</sup>. Contudo, recomenda-se cautela na interpretação das dimensões Busca por sentido e Consciência plena / *mindfulness*, as quais tiveram baixo ajuste ao modelo original.

Para a dimensão Busca por sentido, com cinco itens inicialmente previstos (3, 7, 9, 10 e 13), um deles (item 10) foi retirado da escala por apresentar baixa comunalidade, enquanto dois outros itens (9 e 13) apresentaram maior carga fatorial na dimensão Crença em Deus. É provável que as estas duas dimensões não sejam completamente independentes. Para a dimensão Consciência plena / *mindfulness*, dos cinco itens originalmente previstos (1, 4, 11, 16 e 17), três deles (1, 4 e 11) foram retirados da escala por apresentarem baixa comunalidade, o que sugere que o conteúdo dos mesmos não é discriminativo para essa dimensão a ponto de contribuir para sua homogeneidade. Contudo, outros estudos são necessários para responder a essas questões.

A DCE pode ser considerada como uma importante opção no rol de instrumentos de medida de religiosidade/espiritualidade atualmente disponíveis para uso no Brasil, considerando o panorama desse tipo de instrumentos no país<sup>8</sup>. Sua principal vantagem é a descrição desse constructo de forma multidimensional, o que é pouco contemplado nos outros instrumentos disponíveis. Outra vantagem da DCE é não se referir a uma religião/Deus específico, usando itens amplos e pouco



diretivos (o que impede a indução as respostas consideradas “corretas”), podendo ser utilizada para medida do nível de espiritualidade/religiosidade em pessoas de todas as crenças e credos. Além disso, ao medir a espiritualidade e religiosidade em conjunto, a DCE oferece dados em um único instrumento de fácil aplicação e conciso.

Os resultados desse estudo fornecem evidências de que a DCE apresenta boa consistência interna, além de ser de fácil aplicação, podendo ser utilizado por profissionais na área da saúde; contudo, o presente estudo descreveu o primeiro passo para a validação e normatização do instrumento no Brasil. Ainda, deve-se considerar as limitações deste estudo inicial, relativas principalmente à amostra, sendo necessário estudar o desempenho de grupos com maior diversidade cultural e religiosa no instrumento. Além disso, não se compilou normas da DCE no presente estudo, de forma que os dados aqui apresentados não permitem conhecer sobre as variações do nível de religiosidade/espiritualidade na amostra estudada. Por fim, são necessários mais estudos para investigar especificidades de grupos de religiosidade e filiações religiosas variadas, a fim de se aferir possíveis escores discriminativos para tais grupos.

## REFERÊNCIAS

1. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Vallada H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. SP Med Jour [Internet]. 2013 Dec [cited 2018 Jan 13]; 131(2), 112–122. Available from: <http://doi.org/10.1590/S1516-31802013000100022>
2. Zangari W, Machado FR (orgs.) Psicologia e Religião: Histórico, Subjetividade, Saúde Mental, Manejo, Ética Profissional e Direitos Humanos [cartilha]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.
3. Dalgalarrrondo P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2006 Set [citado 20 Fev 2018]; 28(3):177–178. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000300006>

4. Koenig HG. Religion and mental health: what should psychiatrists do? BJPsych Bull [Internet]. 2008 June [cited 2018 Jan 13]; 32(6):201–203. Available from: <https://doi.org/10.1192/pb.bp.108.019430>
  
5. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Avezum, AJ. Religiosidade , Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares. Rev Bras Cardiol [Internet]. 2011 Fev [citado 23 Mar 2018]; 24(1):55–57. Disponível em: [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011\\_01/a\\_2011\\_v24\\_n01\\_07giancarlo.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_01/a_2011_v24_n01_07giancarlo.pdf)
  
6. Moreira-Almeida A, Lotufo NF, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2006 Aug [cited 2018 Jan 13]; 28(3):242-250. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>
  
7. Moreira-Almeida A, Pinski I, Zaleski M, Laranjeira R. Religious involvement and sociodemographic factors : a Brazilian national survey. Rev de Psiquiatria Clínica [Internet]. 2010 Nov [cited 2018 Jan 13]; 37(32), 3–6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n1/a03v37n1>
  
8. Hungerbuhler I, Wang Y. Instrumentos de Avaliação de Religiosidade e Espiritualidade. In: Gorenstein C, Wang Y, Hungerbuhler I. Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 12-17.
  
9. Hardt J, Schultz S, Xander C, Becker G, Dragan M. The Spirituality Questionnaire: Core Dimensions of Spirituality. Psych [Internet]. 2012 Jan [cited 2018 Jan 13]; 3 (1). Available from: 10.4236/psych.2012.31017
  
10. Frankl VE. Psicoterapia e sentido da vida. São Paulo: Quadrante; 1989.
  
11. Grossman P, Dam NTV. Mindfulness, by any other name...: trials and tribulations of sati in western psychology and science. Contemp Budd [Internet]. 2011 Jun [cited 2018 Jan 13]; 12(1):219-139. Available from: <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564841>

12. Grossman P. Mindfulness for Psychologists: Paying Kind Attention to the Perceptible. *Mindfulness* [Internet]. 2010 May [cited 2018 Jan 20]; 1(2):87-97. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-010-0012-7>
  
13. Erikson EH. *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar; 1971.
  
14. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments: Some Considerations. *Paidéia* [Internet]. 2012 Dec [cited 2018 Jan 20]; 22(53), 423-432. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2012000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2012000300014)
  
15. Pacico JC. Como é feito um teste? Produção de itens. In: *Psicometria*. Orgs: Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM. Porto Alegre: Artmed; 2015.
  
16. Gouveia VV, Chaves SS, Oliveira ICP, Dias MR, Gouveia RSV, Andrade PR. A utilização do QSG-12 na População Geral: Estudo de sua Validade de Construto. *Psic Teor e Pesq.* [Internet]. 2003 Dez [citado 21 Fev 2018]; 19(3), 241-248. Disponível em: [http://www.vvgouveia.net/sp/images/Gouveia\\_2003\\_a\\_utilizacao\\_do\\_qsg12\\_na\\_populacao\\_geral.pdf](http://www.vvgouveia.net/sp/images/Gouveia_2003_a_utilizacao_do_qsg12_na_populacao_geral.pdf)
  
17. Damásio BF, Machado WL, Silva JP. Estrutura fatorial do Questionário de Saúde Geral (QSG-12) em uma amostra de professores escolares. *Av Psic* [Internet]. 2011 abr [citado 21 Fev 2018]; 10(1), 99-105. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712011000100011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000100011&lng=pt&tlng=pt).
  
18. Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Av Psic* [Internet]. 2012 Maio [citado 21 Fev 2018]; 11(2), 213-228. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>
  
19. Field A. *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

20. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise Multivariada de Dados (A. S. Sant'Anna & A. C. Neto, Trad.). Porto Alegre: Bookman; 2005.
21. Urbina S. Fundamentos em validade. In: Fundamentos da testagem psicológica (pp. 155-212). Porto Alegre: Artmed; 2007.

## APÊNDICE 1

### Escala de Dimensões-Chave de Espiritualidade (DCE)

As pessoas têm diferentes atitudes, opiniões e sentimentos em relação ao tema espiritualidade. Por favor, considere até que ponto as seguintes declarações se aplicam a você e marque a opção mais apropriada. Não há respostas certas ou erradas.

		Não tem nada a ver comigo	Tem muito pouco a ver comigo	Não sei dizer	Pouco a ver comigo	Tudo a ver comigo
1	Eu sinto que Deus é meu amigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Eu busco por espiritualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Minha vida significa buscar e perguntar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Sinto profunda paz interior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Minha vida é de paz e alegria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Eu me sinto unido com o mundo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Eu busco por iluminação e unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Minha fé me ajuda a enfrentar problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Eu tento ampliar minha alma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Eu sinto o amor de Deus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Eu tento ajudar os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Eu tento lidar com os outros com consideração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Eu confio na minha fé para tomar decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Eu sinto que existe muito amor no mundo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 4 CAPÍTULO IV - CONCLUSÃO GERAL

Crenças religiosas influenciam o modo como pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais. A religiosidade e espiritualidade, quando vivenciadas de forma positiva, podem proporcionar à pessoa maior aceitação, firmeza e adaptação a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança e perdão, e uma imagem positiva de si mesmo. A importância da relação entre religiosidade e saúde é reconhecida teoricamente, entretanto profissionais da área da saúde têm dificuldades ao lidar com a religiosidade e espiritualidade de seus pacientes.

O uso de instrumentos de mensuração torna-se uma ferramenta indispensável na área da saúde para a aproximação da espiritualidade e prática clínica. Apesar do aumento do número de trabalhos nessa área nos últimos anos, ainda faz-se necessário o desenvolvimento de estudos mais consistentes, visto que há um grande número de instrumentos e pouca coesão teórica. Além disso, grande parte dos instrumentos desenvolvidos/validados no Brasil, apresentam temas específicos, medindo apenas uma dimensão da espiritualidade e/ou religião.

Nesse sentido que se encontra a importância do presente estudo como contribuição para preencher essa lacuna no Brasil. Nesta pesquisa, mais especificamente, procurou-se gerar um instrumento que fosse utilizável para todas as religiões, apesar de apresentar o conceito “Deus” no instrumento e de uma de suas dimensões seja a “crença em Deus”, a escala não especifica um Deus ou uma religião, podendo ser aplicada para qualquer crença, além disso, a descrição do constructo espiritualidade/religiosidade apresenta-se de forma multidimensional, usando itens amplos e pouco diretivos (o que impede a indução as respostas consideradas “corretas”). Em seu tema geral, procura medir o nível da espiritualidade/religiosidade em pessoas de todos os credos e crenças. O instrumento torna-se uma importante ferramenta de pesquisa e/ou instrumento clínico, podendo ser utilizado em consultório ou ambiente hospitalar por profissionais da área da saúde.

Entretanto, deve-se atentar para algumas limitações encontradas nesse trabalho, visto que é o primeiro estudo dessa escala no Brasil e que ainda exige maiores investimentos para uma futura validação. Um dos pontos que devem ser considerados é a diversidade da amostra, tal trabalho evidenciou que grande parte

dos estudos quantitativos foram realizados em populações específicas, sendo a mais contemplada a da região Sul do Brasil. A aplicação da DCE não foi diferente nesse aspecto, avaliando uma pequena amostra da região Sul, visto que o Brasil é altamente religioso e com grande diversidade religiosa, faz-se necessário um maior estudo a fim solidificar a escala utilizada.

Considerando o objetivo inicial de tradução e adaptação da escala DCE (anteriormente denominada CDS) de 20 itens, após tradução, algumas modificações foram necessárias para se adaptar ao contexto brasileiro, no cabeçalho, apenas por uma questão de melhor compreensão do público, foram realizadas as seguintes mudanças: “Absolutamente não”, “Difilmente”, “Não sei dizer”, “Provavelmente sim” e “Com certeza”, com o parecer dos avaliadores, elegeu-se uma versão que apresentava-se de forma mais clara para o autopreenchimento, sendo modificada para: “Não tem nada a ver comigo”, “Tem muito pouco a ver comigo”, “Não sei dizer”, “Pouco a ver comigo” e “Tudo a ver comigo”.

Após avaliação dos autores, ainda no momento da tradução e adaptação, houve a substituição de termos e sentenças: “ambiente” por “com o que está a minha volta” (item 1); “espírito” por “espiritualidade” (item 3); “ter empatia” por “ser empático” (item 4); “procurar” por “buscar” (item 5); “Sinto paz dentro de mim” por “Sinto profunda paz interior” (item 6); “Eu me sinto parte do mundo” por “Eu me sinto unido com o mundo” (item 8); “Eu busco discernimento e coerência” por “Eu busco por iluminação e unidade” (item 9); “Eu tento abrir minha mente” por “Eu tento ter cabeça aberta” (item 10); “expandir” por “ampliar” (item 13); “Eu tento pensar nos outros ao lidar com eles” por “Eu tento lidar com os outros com consideração” (item 17) e; “amigável” por “amável” (item 19). Essas substituições foram necessárias para que o instrumento se adequasse ao contexto brasileiro, visto que os termos ou sentenças quando traduzidos, não traziam o mesmo sentido/significado do proposto na versão estrangeira.

A versão de 20 itens da DCE que foi aplicada à amostra descrita no Capítulo III, demonstrou-se de fácil aplicação, sendo autoaplicável e com tempo reduzido (média de 15 minutos).

Os dados apresentados no Capítulo III, permitem afirmar que a adaptação foi exitosa, em termos de sua replicação (ainda que parcial) do modelo original, num estudo mais amplo que o realizado por Hardt et al. (2012). Após as análises de sua estrutura fatorial, a escala de 20 itens foi reduzida para 14 (anexo apresentado no

Capítulo III), pois essa versão apresentou melhores adaptações para medir aquilo que se propõe. A retirada dos itens: “Eu me preocupo com o que está a minha volta” (item 1), “Eu tento ser empático com os outros” (item 4), “Eu tento ter cabeça aberta” (item 10), “Eu tento ser paciente e tolerante” (item 11), “Eu confio em Deus” (item 15), “Eu vejo um mundo amável ao meu redor” (item 19) foram necessárias por apresentarem baixa comunalidade, sugerindo que o conteúdo dos mesmos não é discriminativo para suas dimensões a ponto de contribuir para sua homogeneidade, sendo assim, optou-se pela retirada desses itens.

Nesse sentido as principais mudanças ocorreram nas dimensões Busca por sentido e Consciência plena / *mindfulness*, pois apresentaram baixo ajuste ao modelo original estrangeiro da escala. Com relação à dimensão Busca por sentido, com cinco itens previsto na escala original (3, 7, 9, 10 e 13), como já visto anteriormente, o item 10 foi retirado pela baixa comunalidade e os itens 9 (“Eu busco por iluminação e unidade”) e 13 (“Eu tento ampliar minha alma”) apresentaram maior carga fatorial na dimensão Crença em Deus, o que pode-se hipotetizar que essas dimensões (Busca por sentido e Crença em Deus) não sejam completamente independentes. Com relação à dimensão Consciência plena / *mindfulness*, dos cinco itens previstos (1, 4, 11, 16 e 17), três itens (1, 4 e 11) foram retirados, como já justificado anteriormente, pela baixa comunalidade.

Após as análises de estrutura fatorial, uma nova organização das dimensões foram necessárias para a DCE de 14 itens: a dimensão Crença em Deus engloba os itens 1,7,8,9,10 e 13; a dimensão Busca por sentido os itens 2 e 3; Atenção plena/*mindfulness* 11 e 12 e; Sentimento de segurança 4,5,6 e 14. Apesar dessa reorganização de itens, a estrutura fatorial obtida é semelhante à proposta por Hardt et al. (2012), com os itens sendo agrupando em quatro dimensões conforme a previsão desses autores. Pode-se pensar que o fato dessas mudanças ocorrerem, estejam atreladas aos conceitos de cada dimensão, necessitando de maior investigação nesse caso.

Por fim, os resultados desse estudo fornecem evidências de que a DCE apresenta boa consistência interna, além de ser de fácil aplicação, podendo ser utilizado por profissionais na área da saúde; contudo, vale ressaltar que o presente estudo descreveu apenas o primeiro passo para a validação e normatização do instrumento no Brasil, sendo necessário maiores estudos para se consolidar.



## REFERÊNCIAS

- Aquino, T. (2005). Atitude religiosa e crenças pessoais dos alunos de psicologia. *Revista UNIPÊ*, 9(1): 56-63.
- Aquino, T., Correia, A., Marques, A., Souza, C., Assis, H., Araújo, I., et al.(2009). Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. *Psicologia - Ciência e profissão*, 29(2):228-243. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000200003)
- Borsa, J. C., Damásio, B. F. e Bandeira, D. R. (2012). Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments: Some Considerations. *Paidéia*, 22(53), 423-432. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2012000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2012000300014). doi: 10.1590/S0103-863X2012000300014
- Castro, A.A., Saconato, H., Guidugli, F. & Clark, O.A.C. (2002). *Curso de revisão sistemática e metanálise*. São Paulo: LED-DIS/UNIFESP.
- Curcio, C., Lucchetti, G. & Moreira-Almeida, A. (2015). Validation of the Portuguese version of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS-P) in clinical and non-clinical samples. *J Relig Health*, 54(2):435-48. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24318672>
- Curcio, C., Lucchetti, G. & Moreira-Almeida, A. (2016). Instrumentos de Avaliação de Religiosidade e Espiritualidade. In: Gorenstein C, Wang Y, Hungerbuhler I. *Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed; 2016. P. 464-474.
- Dalgalarrondo, P. (2006). Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28(3):177–178. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000300006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300006&lng=pt&tlng=pt). doi: 10.1590/S1516-44462006000300006
- Damásio, B.F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2):213-228. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>
- Damásio, B. F.; Machado, W. L. & Silva, J. P. (2011). Estrutura fatorial do Questionário de Saúde Geral (QSG-12) em uma amostra de professores escolares. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 99-105. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712011000100011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000100011&lng=pt&tlng=pt).
- Erikson, E. H. (1971). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar.

Esperandio, M.R.G. & August, H. (2017). A pesquisa quantitativa em Psicologia da religião no Brasil. *Revista Pistis Práxis: Teologia e Pastoral*, 9(1):49-67. Recuperado de <https://periodicos.pucpr.br/index.php/pistispraxis/article/view/7199>

Faria, J. & Seidl, E. (2006). Religiosidade, Enfrentamento e Bem-estar Subjetivo em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11(1): 155-164. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000100018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). doi: [10.1590/S1413-73722006000100018](https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000100018)

Ferreira, A.M. (2005). *Religiosidade em alunos e professores portugueses* [tese]. Porto (Portugal): Universidade Aberta. Recuperado de <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2427/4/Tese-AnaVerissimoFerreira-PDF.pdf>

Field, A. (2009). Descobrimos a estatística usando o SPSS. Porto Alegre: Artmed.

Fleck, M.P.A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1):33-38. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>. doi: 10.1590/S1413-81232000000100004

Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. et al. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista Saúde Pública*, 34(2):178-183. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=pt&tlng=pt). doi: [10.1590/S0034-89102000000200012](https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012)

Fleck, M.P.A. & Skevington, S. (2007). Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl. 1):146-149. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000700018&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700018&lng=pt&nrm=iso&tlng=en). doi: [10.1590/S0101-60832007000700018](https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700018)

Frankl, V. E. (1989). Psicoterapia e sentido da vida. São Paulo: Quadrante.

Gonçalves, A.M. & Pillon, S.C.(2009). Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(1):10-15. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000100002>. doi: [10.1590/S0101-60832009000100002](https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000100002)

Gonçalves, A.M. & Pillon, S.C.(2016). Adaptação transcultural e validação da versão brasileira da Treatment Spirituality / Religiosity Scale. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2):235-241. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832009000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=en). doi: [10.1590/0034-7167.2016690205i](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690205i)

Gouveia, V. V., Chaves, S. S., Oliveira, I. C. P., Dias, M. R., Gouveia, R. S. V. & Andrade, P. R. (2003). A utilização do QSG-12 na População Geral: Estudo de sua Validade de Construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 n.3, pp. 241-248. Recuperado de [http://www.vvgouveia.net/sp/images/Gouveia\\_2003\\_a\\_utilizacao\\_do\\_qsg12\\_na\\_populacao\\_geral.pdf](http://www.vvgouveia.net/sp/images/Gouveia_2003_a_utilizacao_do_qsg12_na_populacao_geral.pdf)

Grossman, P. (2010). Mindfulness for Psychologists: Paying Kind Attention to the Perceptible. *Mindfulness*, 1(2):87-97. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12671-010-0012-7>. doi: 10.1007/s12671-010-0012-7

Grossman, P. & Dam, N.T.V. (2011). Mindfulness, by any other name...: trials and tribulations of sati in western psychology and science. *Contemp Budd*, 12(1):219-139. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14639947.2011.564841>. doi: 10.1080/14639947.2011.564841

Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (2005). Análise Multivariada de Dados (A. S. Sant'Anna & A. C. Neto, Trad.). Porto Alegre: Bookman.

Hardt, J., Schultz, S., Xander, C., Becker, G., & Dragan, M. (2012). The Spirituality Questionnaire: Core Dimensions of Spirituality. *Psych*, 3 n.1. Retrieved from <http://file.scirp.org/Html/16770.html>. doi: 10.4236/psych.2012.31017

Hill, P.C. & Pargament, K.I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Am Psychol*, 58(1):64-74. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12674819>

Hill, P.C., Pargament, K.I., Wood, R.W., McCullough, M.E. & Swyers, J.P. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *Journal for Theory Social Behaviour*, 30:51-77. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1468-5914.00119>. doi: 10.1111/1468-5914.00119

Hungerbuhler, I. & Wang, Y. (2016). Instrumentos de Avaliação de Religiosidade e Espiritualidade. In: Gorenstein C, Wang Y, Hungerbuhler I. *Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed.

Kimura, M., Oliveira, A., Mishima, L. & Underwood, L. (2012). Adaptação cultural e validação da Underwood's Daily Spiritual Experience Scale – versão brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 46:99-106. Recuperado em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000700015&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700015&lng=pt&tlng=pt) .doi: [10.1590/S0080-62342012000700015](https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000700015)

Koenig, H.G. (2008). Religion and mental health: what should psychiatrists do? *BJPsych Bulletin*, 32(6):201–203. Retrieved from <https://www.cambridge.org/core/journals/psychiatric-bulletin/article/religion-and->

mental-health-what-should-psychiatrists-do/F33F67B20475F8AE8DD2150CBA2BA851. doi: 10.1192/pb.bp.108.019430

Ledbetter, M.F., Smith, L.A., Vosler-Hunter, W.L. & Fischer, J.D. (1991). An evaluation of the research and clinical usefulness of the Spiritual Well-Being Scale. *Journal of Psychology and Theology*, 19:49-55. Retrieved from Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/009164719101900109>. doi: 10.1177/009164719101900109

Lucchetti, G., Lucchetti, A.L.G. & Avezum, A.J. (2011). Religiosidade , Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 24(1):55–57. Recuperado de [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011\\_01/a\\_2011\\_v24\\_n01\\_07giancarlo.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_01/a_2011_v24_n01_07giancarlo.pdf)

Lucchetti, G., Lucchetti, A.L.G. & Vallada, H. (2013) Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *Sao Paulo Med J*, 131(2):112–122. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-31802013000200112&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802013000200112&lng=en&tlng=en). doi: 10.1590/S1516-31802013000100022

Lucchetti, G., Lucchetti, A.L.G., Gonçalves, B. & Vallada, H. (2015). Validation of the Portuguese version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy- Spiritual Well-Being scale (FACIT-Sp 12) among Brazilian psychiatric inpatients. *Journal of Religion and Health*, 54(1):112-121. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10943-013-9785-z>. doi: 10.1007/s10943-013-9785-z

Magalhães, S.M., Carvalho, Z.M.F., Andrade, L.M., Pinheiro, A.K.B. & Studart, R.M.B.(2015). Influence of spirituality, religion and beliefs in the quality of life of people with spinal cord injury. *Texto Contexto Enfermagem*, 24(3):792-800. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000300792&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300792&lng=en&tlng=en). doi: 10.1590/0104-07072015000620014

Martinez, E., Almeida, R., Garcia, F. & Carvalho, C. (2013). Notas sobre a versão em língua portuguesa da Escala de Bem-Estar Espiritual. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(1):76-80. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852013000100010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852013000100010&lng=pt&tlng=pt) . doi: 10.1590/S0047-20852013000100010

Miller, G., Fleming, W. & Brown-Anderson, F. (1998). Spiritual Well-Being Scale ethnic differences between Caucasians and African-Americans. *J Psychol Theology*, 26:358-64.

Miranda, S.L., Lanna, M.A.L. & Felipe, W.C.(2015). Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. *Psicologia - Ciência e profissão*, 35(3):870-885. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932015000300870&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300870&lng=pt&tlng=pt) .doi:10.1590/1982-3703002342013

Moreira-Almeida, A., Lotufo, N. F. & Koenig, H.G. (2006) Religiousness and mental

health: a review. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28(3):242-250. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000300018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300018). doi: 10.1590/S1516-444620060005000006

Moreira, C.N.O., Marques, C.B., Silva, M.A.P., Pinheiro, F.A.M. & Salomé, G.M.(2016). Association of sociodemographic and clinical factors with spirituality and hope for cure of ostomized people. *Journal of Coloproctology (Rio J)*, 36(3):162-172. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S223793631630034X?via%3Dihub>. doi:10.1016/j.jcol.2016.04.009

Moreira-Almeida, A., Pinski, I., Zaleski, M. & Laranjeira, R. (2010). Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. *Archives of Clinical Psychiatry*, 37(32):3-6. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000100003>. doi: 10.1590/S0101-60832010000100003

Moreira-Almeida, A., Sharma, A., Van Rensburg, B.J., Verhagen, P.J. & Cook, C.C. (2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry*, 15(1):87-88. Retrieved from [http://www.wpanet.org/detail.php?section\\_id=8&content\\_id=1821](http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=8&content_id=1821)

Pacico, Juliana Cerentini (2015). Como é feito um teste? Produção de itens. In: Psicometria. Orgs: Hutz, Claudio Simon, Bandeira, Denise Ruschel, Trentini, Clarissa Marcelli. *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.

Paiva, G.J., Zangari, W., Verdade, M.M., Paula, J.R.M., Faria, D.G.R., Gomes, D.M. et al. (2009). Psicologia da Religião no Brasil: a produção em periódicos e livros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3):441-446. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722009000300019&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000300019&lng=pt&tlng=pt). doi: 10.1590/S0102-37722009000300019

Panzini, R.G. (2004). *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida* [dissertação]. Porto alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado de <http://www.biblioteca.ufrgs.br/bibliotecadigital/>

Panzini, R.G., Maganha, C., Rocha, N.S. & Fleck, M.P.A. (2011). Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Revista Saúde Pública*, 45(1):153-65. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000100018&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100018&lng=pt&tlng=pt). doi: 10.1590/S0034-89102011000100018

Panzini, R.G., Rocha, N., Bandeira, D.R. & Fleck, M.P.A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1):105-115. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000700014&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700014&lng=pt&nrm=iso&tlng=en). doi: 10.1590/S0101-60832007000700014

Pargament, K., Feuille, M. & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions (Basel)*, 2:51-



76. Retrieved from <http://www.mdpi.com/2077-1444/2/1/51> . doi: [10.3390/rel2010051](https://doi.org/10.3390/rel2010051)

Pargament, K., Koenig, H. & Perez, L. (2000). The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4):519-543. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/%28SICI%291097-4679%28200004%2956%3A4%3C519%3A%3AAID-JCLP6%3E3.0.CO%3B2-1>. doi: [10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4%3C519::AID-JCLP6%3E3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4%3C519::AID-JCLP6%3E3.0.CO;2-1)

Pessanha, P.P. & Andrade, E.R. (2009). Religiosidade e Prática Clínica: um olhar fenomenológico-existencial. *Perspectivas online*, 3(10):75-86. Recuperado de [http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/revista\\_antiga/article/view/364](http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/revista_antiga/article/view/364)

Rodríguez-Rad, C.J. & Ramos-Hidalgo, E. (2017). Influencia de la religiosidad y la espiritualidad en el comportamiento ético del consumidor. *Innovar*, 27(65):69-80. Recuperado de <http://mr.crossref.org/iPage?doi=10.15446%2FInnovar.v27n65.65062>. doi: [10.15446/innovar.v27n65.65062](https://doi.org/10.15446/innovar.v27n65.65062)

Sánchez, R., Sierra, F. & Zárate, K.(2014). ¿Son la religiosidad y la espiritualidad dimensiones diferentes? *Revista Colombiana de Cancerología*, 18(2):62-68. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123901514000067?via%3Dihub>. doi: [10.1016/j.rccan.2014.04.002](https://doi.org/10.1016/j.rccan.2014.04.002)

Sarriera, J.G. & Dell'Aglio, D.D. (2009). Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE): Adaptation and validation of Spiritual Well-Being Scale (SWS). *Avaliação Psicológica*, 8(2):179-186. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712009000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000200004)

Scott, E.L., Agresti, A.A. & Fitchett, G. (1998). Factor analysis of the "Spiritual Well-Being Scale" and its clinical utility with psychiatric inpatients. *J Sci Stud Relig*. 1998;37:314-21.

Silva, V.M.T.(2016). *A crença sobre a morte e o coping religioso-espiritual em pacientes internados com doenças crônicas* [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia. Recuperado de <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/17744>

Stroppa A., Moreira-Almeida A. (2008). Religiosidade e saúde. In: Salgado M.I., Freire G. (orgs.) *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina*. Belo Horizonte: Inede.

Taunay, T.C., Cristiano, E.V., Machado, M.O., Rola, F.H., Lima, J.W.O., Macêdo, D.S., Gondim, F.A.A. & Moreira-Almeida, C.A.F. (2012). Development and validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). *Revista Brasileira Psiquiatria*, 34(1). Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1516444612700144?via%3Dihub>. doi: [10.1590/S1516-44462012000100014](https://doi.org/10.1590/S1516-44462012000100014)

Taunay, T.C.E., Gondim, F.A.A., Macêdo, D.S., Moreira-Almeida, A., Gurgel, L.A., Andrade, L.M.S. et al. (2012). Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Revista Psiquiatria Clínica*, 39(4):130-135. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832012000400003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000400003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en). doi: [10.1590/S0101-60832012000400003](https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000400003)

Urbina, S. (2007). Fundamentos em validade. In: Psicometria. Orgs: Hutz, Claudio Simon, Bandeira, Denise Ruschel, Trentini, Clarissa Marcelli. *Fundamentos da testagem psicológica* (pp. 155-212). Porto Alegre: Artmed.

Utsey, S.O., Lee, A., Bolden, M.A. & Lanier, Y. (2005). A confirmatory test of the factor validity of scores on the spiritual well-being scale in a community sample of African Americans. *J Psychol Theology*. 2005;33:251-7.

Volcan, S.M.A., Sousa, P.L.R., Mari, J.J. & Horta, B.L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4):440-445. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000400008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400008&lng=pt&tlng=pt). doi: [10.1590/S0034-89102003000400008](https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400008)

Zangari, W. & Machado, F.R. (orgs.). (2018). *Psicologia e Religião: Histórico, Subjetividade, Saúde Mental, Manejo, Ética Profissional e Direitos Humanos* [cartilha]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Recuperado de <https://www.usp.br/interpsi/>

World Health Organization. (1999). *Fifty-second World Health Assembly, Geneva, 17-25 May 1999: verbatim records of plenary meetings and list of participants*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258945/1/WHA52-1999-REC-2-eng-fre.pdf>

## ANEXO 1 – NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

**Ciência & Saúde Coletiva**

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

**ISSN 1413-8123 versão  
impressa**

**ISSN 1678-4561 versão  
online**

- [Instruções para colaboradores](#)
- [Orientações para organização de números temáticos](#)
- [Recomendações para a submissão de artigos](#)
- [Apresentação de manuscritos](#)

### Instruções para colaboradores

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

### Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.



O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### **Seções da publicação**

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

## **Apresentação de manuscritos**

### **Não há taxas e encargos da submissão**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os

princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative>

## **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

## **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

## Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

## **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

## **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”  
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

## **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)  
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor  
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria  
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento  
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário  
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

### **Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor  
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor  
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor  
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro  
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos  
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos  
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo.



In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese  
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

13. Artigo de jornal  
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual  
*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais  
Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

### **Material eletrônico**

16. Artigo em formato eletrônico  
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico

na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico  
*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.
18. Programa de computador  
Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.



## ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO ORIGINAL: *CORE DIMENSIONS OF SPIRITUALITY*

### Questions on Spirituality

Attitudes, opinions and feelings of different people regarding the topic spirituality differ considerably. Please consider to what degree the following statements apply to you and check the most appropriate box. There are no right or wrong answers.

		Not true at all	Hardly true	I can't say	Rather true	Abso- lutely true
1	I deal consciously with environment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	I feel that God is my friend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	I search for the spirit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	I try to be empathetic with others	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	My life means searching and asking	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	I feel peace deep inside me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	My life is peace and joy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	I feel one with the world	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	I look for insight and coherence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	I try to open my mind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	I try to be patient and tolerant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	My faith helps to cope w. problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	I try to expand my soul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	I feel the love of God	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	I trust in God	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	I try to help others	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	I try to deal consciously with others	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18	I trust in my faith for decisions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	I see a friendly world around me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	I feel there is a lot of love in the world	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ANEXO 3 – CONCESSÃO DOS AUTORES PARA USO DO QUESTIONÁRIO

### CORE DIMENSIONS OF SPIRITUALITY

---

#### Questionnaire: Core dimensions of the spirituality

---

Hardt, Jochen <hardt@uni-mainz.de>

29 de março de 2018 04:00

Para: Samanta Forti <forti.samanta@gmail.com>, "jochen.hardt@gmx.de" <jochen.hardt@gmx.de>

thanks for your interest. please feel free to use the spirituality questionnaire without any fee or other form of payment. But be aware that there will be no support from my side, i.e. no manual, no reference values, no interpretation guide, no supervision of your texts or tables - nothing, the only thing you'll have is the paper in the scup journal and this email. Please think now, i.e. before you start collecting data, about your planned design, required controls, how statistics should be performed etc. Then consult this plan with you assessor(s). In the past, I received several requests similar to yours from other students, and some started without doing so. They were disappointed later that I could not help with data or analyses. So I'll tell you clearly in advance: I cannot.

i attach a slightly modified english version. anyway, it should be easy to assign the items to the respective scales. My codings for the statistical program(s) as a developer will not be helpful for you, as a user. Feel free to use any coding algorithm - there are no specifications from my side. Can be everything: e.g. sum score, mean score, theta estimate via item response theory.

Note there is a typo in the paper.

"My life means searching and asking" is item 5

"My life is peace and joy" is 7.

Again, please be aware that working with a new instrument is somewhat more difficult than using an established instrument having manuals etc. the price is that authors then usually request a fee. maybe you will be better off with such an established instrument.

Anyway, I wish you good success for you research project.

best, jochen

## ANEXO 4 – MATERIAL APLICADO À AMOSTRA

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Sexo: ☐ feminino ☐ masculino
3. Cidade \_\_\_\_\_
4. Ocupação Atual: \_\_\_\_\_
5. Qual seu estado civil?
- ☐ Solteiro (a) ☐ Divorciado (a)
- ☐ Casado (a) ☐ Viúvo (a)
- ☐ União Estável
6. Você está estudando no momento?
- ☐ Sim ☐ Não
- Em caso positivo, onde você estuda? \_\_\_\_\_
7. Se você faz faculdade, qual é seu curso? \_\_\_\_\_
8. Qual é sua escolaridade?
- ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Técnico
- ☐ Ensino Médio Incompleto ☐ Pós Graduação Completa
- ☐ Superior Completo ☐ Pós Graduação Incompleta
- ☐ Superior Incompleto

9. a) Como é (era) sua família de origem (pais, irmãos ou outros membros que tenham residido com você boa parte da sua vida)?

	Parentesco	Idade	Escolaridade	Profissão	Observações importantes (falecimento, separação conjugal, convivência difícil, etc)
1					
2					
3					
4					
5					

9. b) Caso tenha constituído família ou não more mais com a de origem, com quem você reside atualmente?

	Parentesco	Idade	Escolaridade	Profissão	Observações importantes (falecimento, separação conjugal, convivência difícil, etc)
1					
2					
3					
4					
5					

10. Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se estiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Itens de conforto	Quantidade que possui
• Automóveis de passeio exclusivamente para uso particular .....	NT 1 2 3 4+
• Quantidade de empregados mensais, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana .....	NT 1 2 3 4+
• Máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho .....	NT 1 2 3 4+
• Banheiros .....	NT 1 2 3 4+
• DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel .....	NT 1 2 3 4+
• Geladeiras .....	NT 1 2 3 4+
• Freezers independentes ou parte da geladeira duplex .....	NT 1 2 3 4+
• Microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptop, notebooks e netbooks. Desconsiderando tablets, palms ou smartphones .....	NT 1 2 3 4+
• Lavadora de louças .....	NT 1 2 3 4+
• Fornos de micro-ondas .....	NT 1 2 3 4+
• Motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional .....	NT 1 2 3 4+
• Secadora de roupa, considerando máquina lava e seca .....	NT 1 2 3 4+

legenda: NT = Não tenho

De onde provém a água usada em seu domicílio?

- ☐ Rede geral de distribuição  
☐ Poço ou nascente  
☐ Outro meio

Como é a rua de sua casa?

- ☐ Asfaltada/Pavimentada ☐ Terra/Cascalho

11. Você tem religião? Assinale a alternativa que lhe descrever melhor.

- ☐ Católica  
☐ Protestante  
☐ Evangélico  
☐ Ortodoxo  
☐ Judeu  
☐ Budista ou oriental  
☐ Afro-brasileira (umbanda ou candomblé)  
☐ Ateu  
☐ Agnóstico  
☐ Creio em um poder superior, mas sem religião específica  
☐ Não tenho religião  
☐ Outro. Qual? \_\_\_\_\_

12. Caso não tenha ou religião ou não frequente cultos, por favor, conte suas razões para tanto. Em seguida, vá para a pergunta 17. Se não for o caso, por favor, passe para a próxima pergunta.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Por que você se considera pertencente a essa religião?

- ☐ Porque foi batizado  
☐ Por opção própria  
☐ Por outro motivo. Qual motivo? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

14. É praticante?

- ☐ Sim ☐ Não

15. Qual a sua frequência em cultos, missas ou outros encontros religiosos (em média):

- ☐ Duas ou mais vezes por semana  
☐ Uma vez por semana  
☐ Duas a três vezes por mês  
☐ Mensal (uma vez no mês)  
☐ Duas a onze vezes no último ano  
☐ Uma vez no último ano  
☐ Não frequentou no último ano.

16. Caso frequente algum culto religioso, por favor, conte de que forma isso lhe ajuda ou lhe agrada

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Assinale abaixo a opção que melhor se enquadre a você:

- |   |                 |                  |            |                  |                         |
|---|-----------------|------------------|------------|------------------|-------------------------|
|   | Nada importante | Pouco importante | Importante | Muito importante | Extremamente importante |
| • A importância de frequentar cultos, missas ou outros encontros religiosos ..... | 1               | 2                | 3          | 4                | 5                       |
| • A importância da religião/espiritualidade em sua vida .....                     | 1               | 2                | 3          | 4                | 5                       |

18. Mesmo que não frequente nenhuma religião, você costuma rezar/orar/meditar?

- ☐ Sim ☐ Não

## QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL (QSG-12)

**INSTRUÇÕES:** Gostaríamos de saber se você tem tido algumas enfermidades ou transtornos e como tem estado sua saúde nas últimas semanas. Por favor, marque simplesmente com um X a resposta que a seu ver corresponde mais com o que você sente ou tem sentido. Lembre que queremos conhecer seus problemas recentes e atuais, não os que você tenha tido no passado. É importante que você RESPONDA A TODAS AS PERGUNTAS.

**Você ultimamente:**

1. Tem podido concentrar-se bem no que faz?

- ① Mais que o de costume
- ② Igual ao de costume
- ③ Menos que o de costume
- ④ Muito menos que o de costume

2. Suas preocupações lhe têm feito perder o sono?

- ① Absolutamente, não
- ② Não mais que o de costume
- ③ Um pouco mais do que o costume
- ④ Muito mais que o costume

3. Tem sentido que tem um papel útil na vida?

- ① Mais útil que o de costume
- ② Igual ao de costume
- ③ Menos útil que o de costume
- ④ Muito menos útil que o de costume

4. Tem se sentido capaz de tomar decisões?

- ① Mais que o de costume
- ② Igual ao de costume
- ③ Menos que o de costume
- ④ Muito menos capaz que o de costume

5. Tem notado que está constantemente agoniado e tenso?

- ① Absolutamente, não
- ② Não mais que o de costume
- ③ Um pouco mais do que o costume
- ④ Muito mais que o costume

6. Tem tido a sensação de que não pode superar suas dificuldades?

- ① Absolutamente, não
- ② Não mais que o de costume
- ③ Um pouco mais do que o costume
- ④ Muito mais que o costume

7. Tem sido capaz de desfrutar suas atividades normais de cada dia?

- ① Mais que o de costume
- ② Igual ao de costume
- ③ Menos que o de costume
- ④ Muito menos capaz que o de costume

8. Tem sido capaz de enfrentar adequadamente os seus problemas?

- ① Mais que o de costume
- ② Igual ao de costume
- ③ Menos que o de costume
- ④ Muito menos capaz que o de costume

9. Tem se sentido pouco feliz e deprimido(a)?

- ① Absolutamente, não
- ② Não mais que o de costume
- ③ Um pouco mais do que o costume
- ④ Muito mais que o costume

10. Tem perdido a confiança em si mesmo?

- ① Absolutamente, não
- ② Não mais que o de costume
- ③ Um pouco mais do que o costume
- ④ Muito mais que o costume

11. Tem pensado que você é uma pessoa que não serve para nada?

- ① Absolutamente, não
- ② Não mais que o de costume
- ③ Um pouco mais do que o costume
- ④ Muito mais que o costume

12. Sente-se razoavelmente feliz considerando todas as circunstâncias?

- ① Mais que o de costume
- ② Igual ao de costume
- ③ Menos que o de costume
- ④ Muito menos que o de costume

## Questionário de Dimensões Essenciais de Espiritualidade (Core Dimensions of Spirituality)

**Perguntas sobre Espiritualidade**

As pessoas têm diferentes atitudes, opiniões e sentimentos em relação ao tema espiritualidade. Por favor, considere até que ponto as seguintes declarações se aplicam a você e marque a opção mais apropriada. Não há respostas certas ou erradas.



	<i>Não tem nada a ver comigo</i>	<i>Tem muito pouco a ver comigo</i>	<i>Não sei dizer</i>	<i>Pouco a ver comigo</i>	<i>Tudo a ver comigo</i>
1. Eu me preocupo com o que está a minha volta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eu sinto que Deus é meu amigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eu busco por espiritualidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eu tento ser empático com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Minha vida significa buscar e perguntar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sinto profunda paz interior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Minha vida é de paz e alegria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Eu me sinto unido com o mundo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Eu busco por iluminação e unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Eu tento ter cabeça aberta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Eu tento ser paciente e tolerante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Minha fé me ajuda a enfrentar problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Eu tento ampliar minha alma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Eu sinto o amor de Deus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Eu confio em Deus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Eu tento ajudar os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Eu tento lidar com os outros com consideração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Eu confio na minha fé para tomar decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Eu vejo um mundo amável ao meu redor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Eu sinto que existe muito amor no mundo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para finalizar, deixe suas observações e sugestões sobre o que você achou de responder a esse questionário, caso ache necessário.

---



---



---



---

## ANEXO 5 – NORMAS DA REVISTA PSIQUIATRIA CLÍNICA



ISSN 0101-6083 *versão  
impressa*  
ISSN 1806-938X *versão  
online*

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Informações gerais](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

#### Informações gerais

A Revista de Psiquiatria Clínica foi fundada em março de 1972 por A. C. Pacheco e Silva, Fernando de O. Bastos, J. Carvalho Ribas e J. R. de Albuquerque Fortes.

A missão da Revista de Psiquiatria Clínica é fornecer aos profissionais de saúde mental um programa de atualização e educação continuada nas áreas de interesse clínico. Serão também publicados trabalhos de pesquisa básica quando os resultados tiverem potencial implicação para a prática clínica.

Os manuscritos devem ser enviados para o endereço eletrônico: [gattaz@usp.br](mailto:gattaz@usp.br) como anexos formatados em Word para Windows, acompanhados de uma carta do autor responsável ao editor, solicitando publicação na Revista de Psiquiatria Clínica. Manuscritos impressos enviados pelo correio não serão devolvidos aos autores. Ao ser recebido, o artigo será encaminhado para o respectivo editor de área e o recebimento será confirmado por *e-mail* ao autor principal.

Os manuscritos podem ser escritos em Português, Inglês ou Espanhol, sendo os autores responsáveis pela sua verificação gramatical.

#### Forma e preparação de manuscritos

##### Revisão por pareceristas

Todos os artigos publicados são revisados por pelo menos dois pareceristas anônimos. A decisão sobre a aceitação do artigo para publicação ocorrerá, salvo raras exceções, dentro do prazo de até três meses a partir da data de seu recebimento.

A submissão de um manuscrito implica: (a) que o trabalho descrito não tenha sido publicado anteriormente em Língua Portuguesa (exceto na forma de um resumo ou como parte de uma palestra publicada); (b) que não esteja sendo analisado para ser publicado em outro periódico de Língua Portuguesa; (c) que sua publicação tenha sido aprovada por todos os coautores, se houver, assim como pela instituição onde o trabalho foi realizado; (d) se e quando o manuscrito for aceito para publicação, os autores concordem com a transferência automática dos direitos autorais à Revista de Psiquiatria Clínica.

O direito autoral corresponde aos direitos exclusivos e ilimitados de reproduzir e distribuir os trabalhos aceitos em qualquer forma de publicação (impressa, mídia eletrônica ou outra forma qualquer).

##### Estrutura dos manuscritos

Os artigos originais devem conter até 3.500 palavras e não ultrapassar a soma de seis tabelas e/ou figuras. Recomenda-se restringir em até 30 o número de referências bibliográficas.

I. A **primeira página** deve conter: (a) título do artigo em Português; (b) título do artigo em inglês, (c) nome completo dos autores, sem abreviações, e somente a afiliação



principal de cada autor; (d) a denominação e o endereço da instituição onde o trabalho foi elaborado; e (e) o endereço do autor para correspondência, incluindo endereço eletrônico (*e-mail*).

II. Cada trabalho deve incluir um **resumo** de não mais de 200 palavras em Português, seguido de até cinco palavras-chave, e um *abstract* em inglês. O *abstract* deve ser seguido do título do trabalho em inglês e das respectivas *keywords*. Os conteúdos do resumo e do *abstract* devem ser idênticos. O resumo deverá apresentar, muito sucintamente, a essência do trabalho. Deverá ter cinco tópicos, que responderão a cinco questões: **Contexto**: por que você fez o estudo; **Objetivos**: para que você fez o estudo; **Métodos**: como (e se for o caso, em que grupo amostral) você fez o estudo; **Resultados**: o que você encontrou; e **Conclusões**: o que os seus resultados significam. Esses cinco tópicos também devem ser mantidos no *abstract*: **Background, Objectives, Methods, Results e Discussion**.

III. **Texto principal**: essas cinco perguntas definirão também o conteúdo das diferentes partes do manuscrito, que deverá ser estruturado em: **Introdução** (reunindo os tópicos Contexto e Objetivos), **Métodos, Resultados, Discussão, Agradecimentos** (se houver) e **Referências**.

IV. **Referências**. A Revista de Psiquiatria Clínica adota as normas de padrão **Vancouver**. As referências devem ser citadas no texto por meio de números arábicos consecutivos, que correspondem às respectivas fontes, conforme constam na bibliografia, nesta inseridas por ordem de entrada. Para artigos com até seis autores, todos eles devem ser citados; para artigos com mais de seis autores, os seis primeiros devem ser citados, seguidos de et al. Títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus. É de total responsabilidade dos autores certificarem-se de que as referências citadas no texto constem da lista de referências, observando-se a exatidão dos nomes de autores, título do artigo, nome do periódico, data e detalhes da publicação. Para a lista de referências bibliográficas deve também ser respeitado o espaço duplo. Os seguintes exemplos devem ser seguidos:

**Artigo** **de** **revista:**  
Gattaz WF, Levy R, Cairns N, Maras A. Distúrbios do metabolismo de fosfolípeos na doença de Alzheimer. J Bras Psiquiatr. 1996;45:345-9.

**Capítulo** **de** **livro:**  
Gattaz WF, Kohlmeyer K, Gasser T. Computed tomographic scans in schizophrenia. In: Häfner H, Gattaz WF, editors. Search for the Causes of Schizophrenia (Berlin): Springer Verlag; 1990. p. 242-56.

Para detalhes adicionais e o formato completo de referências, favor acessar: [www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

V. **Tabelas**. Devem ser submetidas em folhas separadas com as respectivas legendas. As tabelas devem ser numeradas consecutivamente, na ordem em que foram citadas no texto, e encabeçadas por um título e legenda apropriados.

VI. **Figuras**. O número e o tamanho das ilustrações devem ser os menores possíveis para esclarecimento do texto. Ilustrações coloridas serão aceitas; todavia, os autores deverão cobrir os custos adicionais de impressão. Todas as figuras, tais como fotografias, gráficos ou diagramas, devem ser numeradas consecutivamente, na ordem em que foram citadas no texto, e submetidas em folhas separadas.

VII. As **legendas** das figuras devem vir em folhas separadas e devem permitir uma compreensão clara da figura sem a necessidade de referência ao texto. Cada figura

deve ter um título curto, seguido de uma descrição concisa. Todas as abreviaturas e símbolos que aparecem nas figuras devem estar explicados nas legendas. Comentários como “para explicação (ou detalhes), vide texto” devem ser evitados.

VIII. **Fotografias de pacientes.** A Revista de Psiquiatria Clínica não encoraja a publicação de fotografias de pacientes. Quando isso for imprescindível para o entendimento do texto, a fotografia deverá ter uma tarja que não permita a identificação do paciente e mesmo assim deverá vir acompanhada de uma autorização por escrito do paciente e/ou de seus responsáveis legais.

IX. **Separatas** podem ser encomendadas quando o artigo for aceito para publicação.

#### **Revisões da Literatura**

As revisões devem ser estruturadas em: Introdução (contextualização do problema), Métodos (estratégia de pesquisa bibliográfica utilizada), Resultados (revisão propriamente dita), Discussão, Conclusão, Agradecimento (se houver), Referências e outras subdivisões a critério dos autores. O manuscrito deve conter entre 4.000 e 5.000 palavras, não sendo aceitos manuscritos que excederem tal critério. Tabelas e figuras não devem ultrapassar a soma de seis itens, e não há limite numérico para as referências bibliográficas, embora seja recomendado incluir apenas o essencial. Assim como os artigos originais, as revisões da literatura devem apresentar um resumo com as principais conclusões sobre o tema, além de *abstract*, *keywords* e título em inglês.

#### **Outros tipos de artigos**

##### **Cartas e Pontos de Vista**

Cartas e pontos de vista serão avaliados com vistas à publicação, desde que não contenham ideias já submetidas a outras publicações. O texto não deve ultrapassar 500 (quinhentas) palavras ou ter mais de 10 referências e uma tabela ou gráfico. Cartas e pontos de vista que se refiram a artigos não devem ultrapassar seis meses da publicação destes. Toda correspondência recebida por essa seção estará sujeita ao parecer dos Editores.

Nota: A Revista de Psiquiatria Clínica exige rigor quanto à adequação das versões em inglês do Resumo (*Abstract*) e do título dos manuscritos aceitos para publicação. Caso o autor não tenha o suficiente domínio do idioma, ele poderá solicitar a tradução para o inglês, realizada por meio de serviço prestado pela equipe editorial, com o custo de R\$ 10,00 (dez reais) a linha. No caso dos manuscritos aceitos para publicação, mas que necessitem de extensa reformulação do conteúdo em inglês, os autores deverão arcar com os custos de tradução como condição para que o trabalho seja publicado.